

**EVALUACIÓN NÚMERO 1645 "EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA
PÚBLICA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES"**

Índice

Introducción	1
1. Marco conceptual de la política pública	5
1.1. Vejez y envejecimiento	5
1.2. Transición demográfica en México	13
1.3. La vejez y el envejecimiento como problema público	17
1.4. Incorporación del problema de la vejez y el envejecimiento en la agenda pública	20
2. Identificación del problema público para la atención de las personas adultas mayores	27
2.1. Concepción social del adulto mayor	27
2.2. Atención del adulto mayor	33
2.2.1. Servicios de salud	34
2.2.2. Seguridad económica	39
2.2.3. Vivienda-hogar	44
2.2.4. Opciones de empleo	47
2.2.5. Satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa	50
2.3. La sostenibilidad del sistema de seguridad social en el mediano y largo plazos	53
3. Diseño de la política pública de atención a las personas adultas mayores	63
3.1. Diseño normativo	64
3.1.1. La revaloración social de las personas adultas mayores	64
3.1.2. Atención del adulto mayor	66
3.1.2.1. Atención de la salud del adulto mayor	66
3.1.2.2. Seguridad económica	68
3.1.2.3. Acceso a una vivienda-hogar	68
3.1.2.4. Opciones de empleo	69
3.1.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa	70
3.1.3. Planificación del envejecimiento poblacional	71
3.1.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	72
3.1.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones	75
3.1.3.3. Educación para la vejez	78
3.2. Diseño institucional-organizacional	82
3.2.1. La revaloración social de las personas adultas mayores	82
3.2.2. Atención del adulto mayor	87

3.2.2.1. Atención de la salud del adulto mayor	87
3.2.2.2. Seguridad económica.....	91
3.2.2.3. Acceso a una vivienda-hogar	94
3.2.2.4. Opciones de empleo	98
3.2.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa	100
3.2.3. Planificación del envejecimiento poblacional	104
3.2.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	104
3.2.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones.....	113
3.2.3.3. Educación para la vejez.....	122
3.3. Diseño programático.....	125
3.3.1. La revaloración social de las personas adultas mayores	125
3.3.2. Atención del adulto mayor	130
3.3.2.1. Atención de la salud del adulto mayor	130
3.3.2.2. Seguridad económica.....	136
3.3.2.3. Acceso a una vivienda-hogar	138
3.3.2.4. Opciones de empleo	141
3.3.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa	143
3.3.3. Planificación del envejecimiento poblacional	146
3.3.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	146
3.3.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones.....	152
3.3.3.3. Educación para la vejez.....	156
3.4. Diseño presupuestal.....	160
3.4.1. La revaloración social de las personas adultas mayores	165
3.4.2. Atención del adulto mayor	165
3.4.2.1. Atención de la salud del adulto mayor	166
3.4.2.2. Seguridad económica.....	167
3.4.2.3. Acceso a una vivienda-hogar	168
3.4.2.4. Opciones de empleo	169
3.4.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa	169
3.4.3. Planificación del envejecimiento poblacional	170
3.4.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	170
3.4.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones.....	172
3.5. Definición y focalización de la población objetivo.....	175

3.5.1. Definición de la población objetivo	175
3.5.2. Focalización de la población	178
3.6. Planificación demográfica para el diseño de la política de atención a las personas adultas mayores	182
4. Implementación y Resultados.....	193
4.1. La revaloración social de las personas adultas mayores.....	194
4.2. Atención del adulto mayor.....	211
4.2.1. Prestación de los servicios de salud a las personas adultas mayores	211
4.2.2. Garantía de la seguridad económica de los adultos mayores	227
4.2.3. Garantía de la vivienda-hogar para los adultos mayores	236
4.2.4. Garantía de las opciones de empleo para los adultos mayores	245
4.2.5. Garantía de los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa.....	256
4.3. Planificación del envejecimiento poblacional.....	264
4.3.1. Sistema Nacional de Pensiones	265
4.3.1.1 Cuentas individuales para el retiro en el SAR	284
4.3.2. Sistema Nacional de Salud.....	312
4.3.3. Educación para la vejez.....	353
5. Prospectiva y consideraciones finales.....	359
Siglas y acrónimos	370
Bibliografía	373

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas de 60 años y más de edad está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas adultas mayores, así como su participación social y su seguridad.^{1/}

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelven las personas y que determina el nivel de bienestar con que vivirán su vejez. Este fenómeno demográfico tiene y tendrá profundas repercusiones en todos los aspectos de la sociedad, ya que influye en varios factores del desarrollo y en el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo, no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes, debido a que afecta de forma directa los sistemas de salud y de pensiones, los arreglos intergeneracionales de convivencia social con la población adulta mayor y las expectativas que las personas de edades más jóvenes tendrán sobre su propia vejez.^{2/}

El proceso de envejecimiento demográfico de México es un fenómeno que se intensificará en las próximas décadas, como efecto de que las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. En 2000, la proporción de

^{1/} Organización Mundial de la Salud, **Temas de salud: Envejecimiento**. Disponible en <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
^{2/} Secretaría de Salud, **Programa de Acción: Atención al Envejecimiento**, México, 2001, p. 13.

adultos mayores fue de alrededor de 7.0%, y se estima que ese porcentaje será de 12.5% en 2020, y de 28.0% en 2050.^{3/}

Una sociedad envejecida constituye un problema cuando las condiciones en que transcurre su vejez son insuficientes para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos. El principal factor del nivel de bienestar en esta etapa de la vida es la pobreza, ya que esta condición resume el conjunto de las experiencias, capacidades y recursos acumulados en la trayectoria vital anterior, lo que determina el estado de vulnerabilidad en la vejez, que se traducen en privaciones o limitaciones de servicios de salud, de ingreso, de vivienda, de empleo, de educación y de acceso a los satisfactores culturales y recreativos.

El estado de precariedad en la cual vive una parte importante de los adultos mayores obliga al gobierno a subsanar la falta de capacidades de este grupo poblacional, con acciones compensatorias y asistenciales, y exige la solidaridad social y familiar. La situación de dependencia a la que están destinados, favorece la presencia de estigmas y prejuicios que concluyen en una actitud generalizada de discriminación, violencia y exclusión social.

La problemática relacionada con los adultos mayores tiene poco más de una década que adquirió el rango de una política de Estado, ya que en 2002 se promulgó la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM),^{4/} en concordancia con las propuestas internacionales de políticas en favor de este grupo etario. Teniendo como base este punto de inflexión, la presente evaluación de política pública abarca el periodo 2002-2014, y se integra con el análisis del marco teórico; la definición del problema público; el diseño de la política; la implementación, y los resultados, así como por la prospectiva de la política y las consideraciones finales.

La presente evaluación tiene como objetivo evaluar la política pública de atención a las personas adultas mayores en el periodo 2002-2014, a efecto de determinar en qué medida contribuyó ésta a resolver el problema público que le dio origen.

La evaluación comprende el análisis de las etapas de política pública, que inician con la identificación del problema público por parte del Gobierno Federal, sus características conceptuales y su cuantificación; el diseño de la política pública, que incluye el fundamento

^{3/} Elena Zúñiga y Daniel Vega, **Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI**, Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, 2004, p. 22.

^{4/} Diario Oficial de la Federación, **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 25 de junio de 2002.

jurídico sobre el que se desarrolla la acción gubernamental; la estructura institucional responsable de ejecutar la política por medio de programas presupuestarios; el diseño programático, en donde se establecen los objetivos de la política; el gasto que representa la implementación, y los resultados obtenidos por la política pública, en términos del grado en el que el problema que le dio origen fue resuelto, o bien administrado.

La evaluación está dividida en cinco capítulos:

En el capítulo 1 “Marco conceptual de la política pública”, se analiza la conceptualización de las personas adultas mayores a partir de la definición de los términos de vejez y envejecimiento desde una perspectiva integral y de largo plazo. Con base en estudios académicos y de organismos internacionales se describen las principales características de dichos conceptos, su interrelación y su importancia como fenómeno mundial; las tendencias proyectadas hacia la mitad del presente siglo, y los ejes que articulan la política pública: la revaloración social, la atención del adulto mayor y el envejecimiento poblacional. Asimismo, se realiza un análisis retrospectivo de los diferentes momentos que configuraron el establecimiento de la actual política de atención a las personas adultas mayores.

En el capítulo 2 “Identificación del problema público para la atención de las personas adultas mayores”, se realiza un análisis de la evolución que presentó la concepción gubernamental en torno a la problemática de los adultos mayores en el periodo 2002-2014, a partir de la revisión cualitativa y cuantitativa de los diagnósticos oficiales incluidos en los documentos de planeación nacional y programación sectorial.

En el capítulo 3 “Diseño de la política pública de atención a las personas adultas mayores”, se analizan los cuatro elementos que conforman el diseño: el normativo, el institucional-organizacional, el programático y el presupuestal; para cada una de las vertientes de la política se realiza el análisis de sus distintos componentes, con el fin de contar con una perspectiva integral sobre la estructura y el funcionamiento de ésta. En el diseño normativo se incluye el examen del marco jurídico internacional, nacional e institucional que establece la obligación del Estado de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores; en el diseño institucional-organizacional, se revisan las atribuciones y la estructura de las dependencias y entidades públicas que fueron mandatadas para incidir en la atención o resolución del problema; en el diseño programático se analiza la integralidad de la planeación

nacional, sectorial y especial, con el fin de determinar la finalidad y el alcance de las estrategias en favor de este grupo etario, y en el diseño presupuestal se identifican los recursos que el Gobierno Federal destinó a la implementación de la política pública y las prioridades de atención. A partir de este análisis, se identificaron los principales cambios que a lo largo del periodo 2002-2014 ha experimentado el diseño de la política pública.

En el capítulo 4 “Implementación y resultados de la política pública”, se evalúa la eficiencia y la eficacia de las acciones realizadas por las dependencias y entidades mandatadas por la LDPAM, respecto de los temas de la revaloración social, la atención del adulto mayor y el envejecimiento poblacional. En la primera vertiente, se describen y analizan los esfuerzos gubernamentales encaminados a desarrollar una cultura de aprecio por la vejez que fomente el trato digno de las personas adultas mayores, su revaloración e integración social, con la finalidad de eliminar su discriminación. En la segunda, se precisan y examinan las intervenciones públicas realizadas en favor de las personas de este grupo etario para garantizar la provisión de bienes y servicios en los ámbitos de salud, ingreso, vivienda, empleo, oferta de satisfactores culturales y recreativos, así como educación. En la tercera, se revisan y evalúan las acciones realizadas por el Gobierno Federal para implementar, como política estratégica, la planificación de la vejez, que permita adaptar y reforzar la capacidad de respuesta de las instituciones públicas ante el escenario de acelerado envejecimiento de la población que vive el país.

En el capítulo 5 “Prospectiva y las consideraciones finales”, se sintetizan los principales resultados identificados a lo largo del estudio; se precisa un análisis prospectivo de la política de mantenerse la tendencia observada, y se proponen, con base en los hallazgos, modificaciones para mejorar el efecto de la política pública en la atención y solución de los problemas que presentan las personas adultas mayores actuales y futuras.

1. Marco conceptual de la política pública

1.1. Vejez y envejecimiento

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos conceptos aluden a una realidad multifacética caracterizada no sólo por el paso del tiempo, sino también por determinantes fisiológicos, sociales y culturales. Hay que diferenciar los aspectos cronológicos de la definición de vejez, de aquellos relacionados con su construcción social.^{5/}

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad en su respectivo momento histórico. La vejez representa una construcción social, tanto individual como colectiva, que determina las formas en que se perciben, aprecian y actúan los adultos mayores en el ámbito público y privado de una comunidad.^{6/} En consecuencia, no existe una definición unívoca para este concepto, aunque algunas teorías coinciden en plantear la vejez como un periodo estático que se puede identificar según determinadas características, las cuales se describen en el cuadro siguiente:

^{5/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación, Módulo 1, Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez**, Santiago de Chile, 2011, p. 1.

^{6/} Instituto Nacional de Geriátría, **Envejecimiento** [en línea]. Disponible en < <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/-menu5/envejecimiento.html> >, consultado el de 04 junio de 2015; Júpiter Ramos Esquivel et. al., “**Aportes para una conceptualización de la vejez**”, **Revista de Educación y Desarrollo**, núm. 11, octubre-diciembre de 2009, p. 53.

PERSPECTIVAS SOBRE LA DEFINICIÓN DE VEJEZ

Perspectiva	Definición
Cronológica	La vejez se define a partir de la edad de las personas: 60 o más años cumplidos. Es una definición unidimensional que sirve para el estudio demográfico de la población.
Fisiológica	La vejez se equipara con el momento en que se da la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades, así como la declinación de la autonomía vital.
Sociocultural	La vejez se entiende como una etapa de la vida que antecede a la muerte. Esta definición concibe a la vejez como una construcción social que cambia con base en la historia y circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo.
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Verónica Montes de Oca Zavala, “Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo”, Reglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm. 62, marzo-agosto 2010.	

La vejez, desde la perspectiva cronológica, depende de la edad, a partir de ella se le asigna a las personas una categoría en la estratificación social: niños, jóvenes, adultos o adultos mayores. Esta categorización refleja las actitudes y conductas sociales que se creen adecuadas para una edad cronológica, institucionaliza el curso de la vida, organiza el tiempo vital y determina los mecanismos para administrar el tránsito por las diferentes etapas.^{7/}

Según esta perspectiva, el inicio de la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo se establece por ley, bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor” que representan los cambios en la posición del sujeto en la sociedad, ya que muchas responsabilidades y privilegios, particularmente aquellos relacionados con el empleo, dependen de la edad cronológica.^{8/}

La vejez, desde la perspectiva fisiológica, se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse únicamente como la edad expresada en años; se relaciona más con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la disminución de la fuerza, las cuales ocurren naturalmente como parte del proceso de envejecimiento.^{9/}

La vejez, desde la perspectiva sociocultural, alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. Se trata de una construcción social e histórica que posee el significado que cada modelo cultural específico le otorga a los procesos biológicos que la caracterizan, y que depende de las percepciones subjetivas que la persona

^{7/} Verónica Montes de Oca Zavala, **Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo**, Reglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm. 62, marzo-agosto 2010, p. 165.

^{8/} Sandra Huenchuan, **Los derechos de las personas mayores. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez**, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2011, p. 2.

^{9/} **Ibid.**, p. 3.

mayor siente, como de los años que los demás le atribuyen al sujeto. Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o fisiológica de cada persona, está intrínsecamente determinado por el proceso de producción, las tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad.^{10/}

La edad es un criterio arbitrario para acotar la vejez, dado que el umbral de ésta puede ser autopercibida o socialmente asignada, además de que muestra diferencias entre contextos. En México, las personas adultas mayores son definidas como aquellas que cuentan con 60 años o más de edad.^{11/} Esta concepción de adulto mayor se deriva de la propuesta realizada por la OMS, que define como anciano a aquella persona mayor de 60 años, varón o mujer, sano o enfermo, competente o incompetente, desde el punto de vista neuropsicológico. Esta edad se fijó tomando como base los criterios de jubilación utilizados a nivel mundial: 65 años en los países industrializados, y 60 años en los que se encuentran en vías de desarrollo.^{12/}

Es difícil encontrar una teoría o enfoque integral que permita comprender completamente la vejez y el envejecimiento, ya que se formulan teorías sustantivas para la interpretación de una determinada realidad de esta etapa de la vida, que dan respuesta a problemas específicos, pero que suelen ser insuficientes para resolver de forma satisfactoria preguntas sobre la vida personal y social de las personas mayores. Una primera aproximación al proceso de envejecimiento permite distinguir dos posturas: el envejecimiento que experimenta la población y el que viven las personas.^{13/}

El envejecimiento que experimenta la población es un proceso inevitable influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor. El envejecimiento de la población mundial es una de las tendencias que más amerita la atención de los gobiernos y la sociedad civil, ya que tiene y tendrá profundas repercusiones en todos los aspectos de la sociedad. Este proceso repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y en el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo, no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes, como son los sistemas de pensión y jubilación; los

^{10/} Id.

^{11/} Diario Oficial de la Federación, **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2002, artículo 3. Última reforma publicada el 25 de abril de 2012.

^{12/} Luz Esther Rangel López, “El anciano maltratado”, **Los derechos de las personas de la tercera edad, Fascículo 3**, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003, p. 37.

^{13/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación. Módulo 1, Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez**, Santiago de Chile, 2011, p. 1. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/0/43680/P43680.xml&xml=/celade-tp1/p1f.xml&base=/celade/tp1/topbottom_env.xml>.

arreglos en cuanto a familia y hogar en convivencia con población adulta mayor, y las transferencias intrafamiliares de una generación a otra.^{14/}

Es posible definir el envejecimiento como un proceso natural, caracterizado por el deterioro progresivo del individuo, como el resultado de la interacción de los factores genéticos, las influencias extrínsecas del medio ambiente y la adaptabilidad biopsicosocial de las personas a medida que transcurre su vejez.^{15/} Se pueden identificar cuatro tipos de envejecimiento:

1. El biológico, que depende de la carga genética de un individuo, ya que ésta fija una programación que predetermina las disposiciones orgánicas de cada uno como producto de su herencia, aunque no se puede excluir la influencia del medio ambiente y las condiciones de vida en que se han experimentado las vivencias individuales; este proceso se caracteriza por alteraciones que deterioran aspectos estructurales y funcionales del cuerpo que pueden implicar una serie de síntomas, como la disminución de la agudeza visual, de la capacidad auditiva o del vigor físico, que pueden o no relacionarse con alguna enfermedad.
2. El psicológico, que alude a la psicología personal del ciclo de vida en el que se experimenta el fenómeno del crecimiento y la declinación física, mental y social; en este tipo de envejecimiento el énfasis analítico se pone en la forma en que los adultos mayores enfrentan las condiciones personales que les toca vivir y responden a ellas, buscando solución a los problemas que tienen, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables, para seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia.^{16/}
3. El sociológico, en el que se asignan diferentes roles a cada individuo de acuerdo con las circunstancias y condicionantes que le precedieron a lo largo de su vida; se trata de un constructo ideológico e imaginario que, en muchos países en desarrollo, está caracterizado por la asignación de roles sociales degradantes a este grupo de población.^{17/}
4. El demográfico, que remite al incremento del número de personas con 60 o más años de edad, consecuencia del descenso de la mortalidad y la fecundidad. El modo en que se presenta el envejecimiento colectivo depende del nivel de desarrollo económico y social de cada país: los países desarrollados tienden a experimentar etapas de

^{14/} Secretaría de Salud, **Programa de Acción: Atención al Envejecimiento**, México, 2001, p. 13.

^{15/} Secretaría de Salud, **Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento. 2013-2018**, México, 2014, p. 13.

^{16/} Sandra Huenchuan, **op. cit.**, p. 8.

^{17/} María Concepción Arroyo Rueda, **op. cit.**, pp. 5-29.

transición más avanzadas^{18/} y, por ello, viven procesos de envejecimiento demográfico más pronunciados, mientras que los países en desarrollo experimentan etapas de transición menos avanzadas y, por ende, el grado de envejecimiento es menor; sin embargo, el número absoluto de personas que experimenta la vejez es mayor en los países pobres que en los ricos.^{19/}

El proceso de envejecimiento se puede clasificar de la manera siguiente: normal, patológico y óptimo. El envejecimiento normal es aquel que se desarrolla sin patologías incapacitantes, aunque con altos riesgos de padecer enfermedades; el patológico es el que se experimenta con enfermedades y discapacidades en el curso de vida, y el óptimo es aquel que presenta baja probabilidad de enfermedades y discapacidades, y mantiene un alto funcionamiento cognitivo y funcional.^{20/} Respecto de este último, las tendencias internacionales señalan la importancia de alcanzar mejores niveles en la calidad del envejecimiento poblacional, por ello se han definido diversos paradigmas de lo que debe ser el fin de este proceso, como se muestra en el cuadro siguiente:

PARADIGMAS RECIENTES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Autor	Paradigmas	Definición
Organización Mundial de la Salud	Envejecimiento activo	Parte del supuesto de que el envejecimiento es un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, que fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.
Banco Interamericano de Desarrollo	Envejecimiento exitoso	Promueve la capacidad emprendedora del envejecimiento, que reconoce la contribución económica de los mayores, sobre todo en países pobres, por medio de fomentar la inversión institucional en créditos para proyectos productivos y a promover que el adulto mayor no sea segregado de las actividades productivas.
Organización Mundial de la Salud	Envejecimiento saludable	Plantea la necesidad de prevenir el surgimiento de enfermedades físicas y mentales en la vejez. Este paradigma fue reemplazado por el del “envejecimiento activo”, ya que se restringía a la dimensión de salud.
Paul Baltes y Margret Baltes	Envejecimiento satisfactorio	Busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos que, en su sentido más amplio, permite a las personas adultas mayores satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven.
Rocío Fernández Ballesteros	Envejecimiento competente	Plantea el reto de disminuir las probabilidades de enfermedades y sus discapacidades asociadas, alto funcionamiento cognitivo y funcional, con un alto compromiso con la vida, a partir de cuatro fundamentos: la educación, el nivel de actividad fuera de la casa, la capacidad vital y la autoeficacia.

FUENTE: Elaborado por la ASF a partir de una diagrama similar presentado en Verónica Montes de Oca Zavala, “Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo”, Renglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm. 62, marzo-agosto 2010.

^{18/} Se refiere a que en los países desarrollados cambia más rápidamente la estructura poblacional, por lo que las personas adultas mayores son más numerosas en relación con otros grupos etarios.

^{19/} Verónica Montes de Oca Zavala, *op. cit.*, pp. 161 y 162.

^{20/} Ana Luisa González-Celis Rangel, “Calidad de vida en el adulto mayor”, *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*, A.A. V.V., Instituto Nacional de Geriátrica, México, 2010, pp. 371 y ss.

Ante el reto de conciliar diversas perspectivas referentes al envejecimiento y las condiciones de vida en la vejez, el problema parece situarse en la factibilidad económica y política para que las personas puedan alcanzar un envejecimiento saludable, satisfactorio y competente. La forma en la que las personas experimentan la vejez y el envejecimiento depende de las condiciones socioeconómicas de los países en que habitan; del desarrollo histórico; del desenvolvimiento institucional, y del establecimiento de políticas basadas en derechos humanos y sociales.^{21/}

Transición demográfica en el ámbito internacional

El envejecimiento de la población mundial es uno de los problemas más importantes que enfrentarán los países en el siglo XXI. Actualmente, una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones señalan que la proporción será de una de cada cinco personas en 2050. El envejecimiento poblacional no es un fenómeno cuya importancia radique en el incremento de las personas mayores o la reducción de las menores de 15 años, en realidad es un fenómeno que tendrá repercusiones económicas, sociales y culturales que afectarán a todas las sociedades del mundo.^{22/}

Una población está envejeciendo cuando la cantidad de personas mayores va constituyendo una proporción cada vez mayor del total de la población. De acuerdo con los criterios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una población se considera envejecida cuando más del 5.0% de sus miembros tiene más de 65 años o si más del 10.0% tiene 60 años o más.

El envejecimiento poblacional depende directamente de dos factores: el incremento de la esperanza de vida promedio de los individuos y la disminución en la tasa global de fecundidad,^{23/} que a su vez son consecuencia de las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico.^{24/}

El envejecimiento de la población se incrementa con mayor rapidez en los países en desarrollo, incluidos aquellos que también tienen grandes poblaciones de jóvenes: en 2012, el 15.0% de la población de Oceanía; el 19.0%, de la de América del Norte, y el 22.0%, de la de Europa tenía

^{21/} **Ibid.**, p. 165.

^{22/} Fondo de Población de Naciones Unidas, “**Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío**”, Estados Unidos, 2012, p. 3.

^{23/} Número promedio de hijos e hijas que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de un determinado periodo de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil.

^{24/} Secretaría de Salud, **op. cit.**, p. 13.

60 o más años de edad; mientras que el 6.0% de la población de África; el 10.0%, de la de América Latina y el Caribe, y el 11.0%, de la de Asia había alcanzado este límite de edad.^{25/}

De acuerdo con las proyecciones del Fondo de Población de Naciones Unidas y el organismo Help Age International, se estima que en 2050 un 10.0% de la población de África; 24.0%, de la de Asia y Oceanía; 25.0%, de la de América Latina y el Caribe; 27.0%, de la de América del Norte y 34.0%, de la de Europa alcanzará los 60 o más años de edad. Esto significa que los países en desarrollo tendrán el mayor incremento de este grupo poblacional; de hecho, el crecimiento en América Latina y el Caribe será el más destacado al final del periodo, con un crecimiento de 150.0%, seguido por Asia, con un incremento de 118.2%, y África, cuyo aumento se situará en 66.7%.^{26/}

Regionalmente esto significará que en 2050 una de cada cuatro personas latinas y caribeñas tendrá 60 años o más. A continuación se presenta un cuadro con el ritmo de envejecimiento^{27/} en los países de la región, así como la tasa global de fecundidad:

^{25/} Fondo de Población de Naciones Unidas y Help Age International, **op. cit.**, p. 3.

^{26/} **Ibid.**, p.4.

^{27/} De acuerdo con la OMS, se refiere al tiempo necesario o previsto para que la población de 65 años o más aumente del 7.0% al 14.0% respecto del total de la población.

COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2008
 (Porcentajes)

Ritmo del envejecimiento	Países	Índice de envejecimiento ^{1/} (IE)	Tasa global de fecundidad ^{2/}
Incipiente	Paraguay	22.8	3.0
	Bolivia	20.1	3.3
	Guayana Francesa	19.5	3.1
	Nicaragua	18.1	2.7
	Haití	18.0	3.4
	Honduras	16.8	3.1
	Belice	16.7	2.8
	Guatemala	15.1	3.9
Moderado	Jamaica	37.0	2.3
	Panamá	33.6	2.5
	Suriname	32.7	2.4
	Guyana	32.4	2.3
	El Salvador	32.2	2.3
	Ecuador	30.9	2.5
	Colombia	29.8	2.2
	Venezuela	29.3	2.5
	Perú	29.1	2.5
	República Dominicana	27.6	2.6
Moderadamente avanzado	Bahamas	41.9	2
	Brasil	39.8	1.8
	Santa Lucía	38.6	2
	Costa Rica	37.3	2
	México	33.9	2.1
Avanzado	Uruguay	81.7	2.1
	Antillas Neerlandesas	75.6	1.9
	Guadalupe	62.1	2.1
	Chile	59.1	1.9
	Argentina	58.1	2.3
	Trinidad y Tobago	51.5	1.7
Muy avanzado	Cuba	100.0	1.5
	Puerto Rico	97.8	1.8
	Martinica	97.5	1.9
	Barbados	90.9	1.6

FUENTE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe**, Santiago de Chile, 2009.

^{1/} El índice de envejecimiento mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calcula haciendo la razón entre personas de 60 años y más, respecto de las personas menores de 15 años, por cien.

^{2/} Número promedio de hijos e hijas que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de un determinado periodo de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil.

De acuerdo con las proyecciones a 2050, el aceleramiento del envejecimiento invertirá la proporción de la relación entre el grupo de los adultos mayores y el de los niños y jóvenes, al pasar la mayoría de los países con un IE moderado a avanzado, superando los 103 adultos mayores por cada 100 niños, llegando al extremo de casi 300 por 100 en el caso de Cuba.

México se localiza en el grupo caracterizado por un envejecimiento moderadamente avanzado, con tasas de fecundidad que se ubican entre 1.8 y 2.1 hijos por mujer y un IE de entre 33 y 41 personas mayores por cada cien menores de 15 años.^{28/}

El IE para México, a pesar de ser clasificado como moderadamente avanzados indica que éste será uno de los países con la mayor prevalencia de personas adultas mayores. El IE en México y su tasa de crecimiento para el periodo 1980-2050 se presenta a continuación:

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO, 1980-2050							
Etapa	Índice de envejecimiento				Tasa de crecimiento		
	1980	2005	2025	2050	1980-2005	2005-2025	2025-2050
Envejecimiento moderadamente avanzado	12.1	27.1	69.4	160.4	124.0	126.1	131.1

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe**, Santiago de Chile, diciembre 2009.

Las estimaciones señalan que en 2025, el número de personas ancianas alcanzará una razón de 69.4 por cada 100 menores de 15 años, y que en 2050 esta relación casi se duplicará, alcanzando una razón de 160 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.

1.2. Transición demográfica en México

El proceso de envejecimiento demográfico de México es un fenómeno que se intensificará en las próximas décadas, ya que las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020.^{29/} En 2000, la proporción de adultos

^{28/} Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe**, Santiago de Chile, 2009, p. 46.

^{29/} Elena Zúñiga y Daniel Vega, **Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI**, Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, 2004, p. 22.

mayores fue de alrededor de 7.0%, y se estima que ese porcentaje será de 12.5% en 2020, y de 28.0% en 2050.^{30/}

Asimismo, el proceso de envejecimiento implica un periodo de oportunidad en el que se presentan las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo del país, debido al aumento de la población en edad laboral y a la reducción de la población menor de 15 años, al tiempo que la población adulta mayor todavía mantiene una proporción relativamente pequeña. Las ventajas de este bono demográfico serán mayores entre 2005-2030, cuando el número de personas en edades dependientes^{31/} por cada cien en edad laboral sea de 60. A partir de la tercera década de este siglo, el incremento pronunciado de la población adulta mayor cerrará este periodo de oportunidad demográfica.^{32/}

Lo anterior se observa en la reducción de la población menor de 15 años y en el aumento de la que supera los 60 años de edad. De acuerdo con proyecciones del CONAPO,^{33/} la pirámide poblacional en México perderá paulatinamente su forma triangular, característica de una sociedad joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.

Las pirámides poblacionales en 1974, 2010, y las proyecciones de éstas en 2030 y 2050 se presentan a continuación:

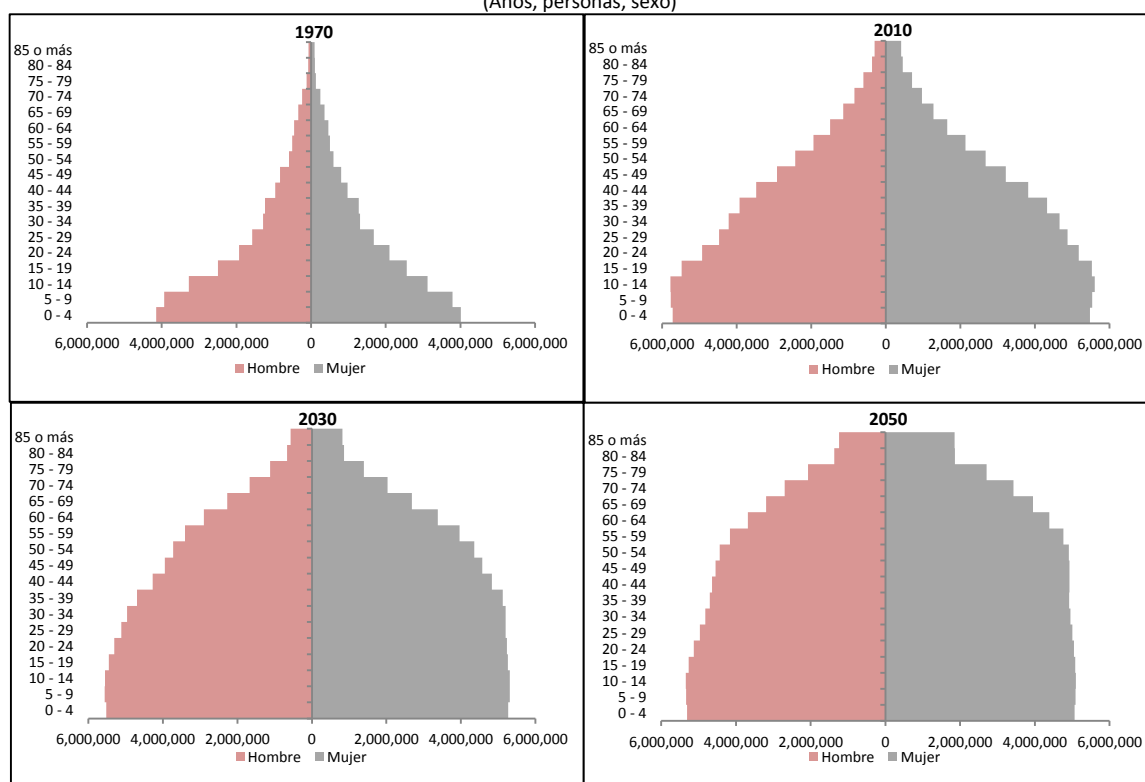
^{30/} **Id.**

^{31/} Se define como la suma del número de individuos jóvenes y mayores por cada 100 personas en edad laboral. La edad laboral incluye a las personas de 14 a 64 años. Por exclusión, los menores de 14 años se definen como dependientes jóvenes, mientras que se consideran dependientes mayores a las personas de 60 años o más.

^{32/} **Id.**

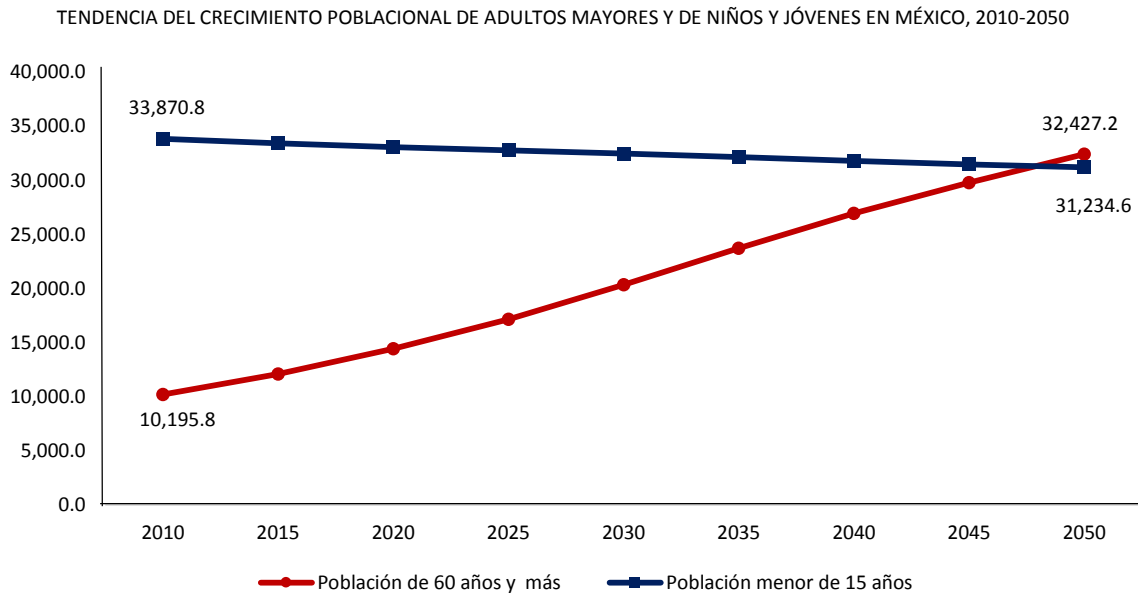
^{33/} Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, **Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores**, México, 2010, p. 12.

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN MÉXICO POR EDAD Y SEXO, 1974, 2010, 2030 Y 2050
(Años, personas, sexo)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Censo de Población y Vivienda 1970** [en línea]. Disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv1970/default.aspx>>, consultado el 15 de junio de 2015; Consejo Nacional de Población, Consulta Interactiva de Indicadores Demográficos.

Según estas proyecciones, el cambio que experimentará la estructura de la población mexicana en 2050 se caracteriza por el incremento del peso absoluto y relativo de la población de adultos mayores, ya que para ese año se estima que la población total será de 129,855.7 miles de personas, de las cuales el 28.0% (36,222.2 miles) serán personas senectas. La proporción de mujeres que pertenecerá a este grupo etario será de 56.1%, frente a un 43.9% de hombres; mientras que la población de niños y jóvenes menores de 15 años será de 31,234.6 miles de personas, igual al 20.7% de toda la población del país. Estos datos señalan que, a partir del año 2048, la relación entre estos dos grupos poblacionales se inclinará en favor de los adultos mayores. La tendencia de ambos grupos etarios para el periodo 2010-2050, se presenta en la gráfica siguiente:



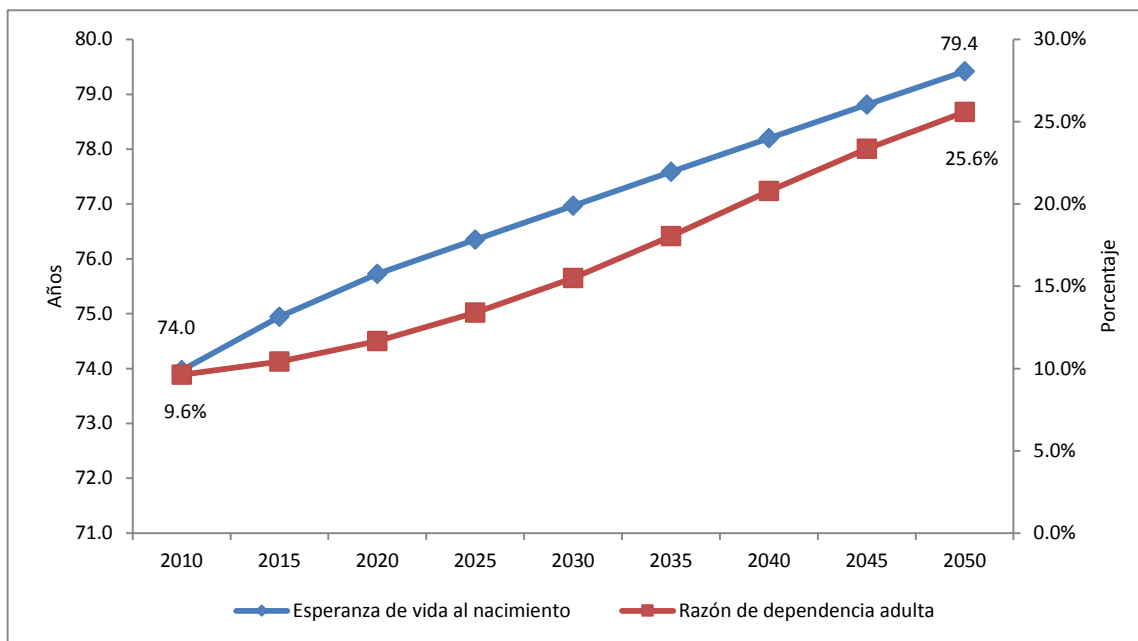
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de Proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas.**

Los datos muestran que la población de adultos mayores mantendrá una tendencia de crecimiento acelerada, mientras que la de los niños y jóvenes descenderá de manera paulatina aunque constante. En este periodo, el grupo de adultos mayores registrará un incremento de 218.0%, al pasar de 10,195.8 a 32,427.2 miles de personas, lo que significa que en un lapso de apenas 40 años el número de personas adultas mayores se triplicará, y el grupo de 0 a 15 años tendrá un decremento de 7.8%, al reducirse de 33,870.8 a 31,234.6 miles de personas.

En 2050 se estima que la esperanza de vida ronde los 80 años en promedio, lo que aunado a la dependencia cada vez mayor de las personas adultas mayores, significará un peso más grande para los grupos poblacionales más jóvenes; se espera que la razón de dependencia,^{34/} entendida como la presión que la población de 65 años y más ejerce sobre la población tradicionalmente productiva, llegue al 25.6%, lo que representaría que cada adulto en edad productiva debería costear la vejez de un adulto mayor. Lo anterior se precisa en la gráfica siguiente:

^{34/} Expresa una relación entre las personas que habitualmente no tienen ningún ingreso y las que lo tienen: los jóvenes por debajo de la edad laboral legal y los jubilados constituyen la población dependiente, mientras que los grupos que se encuentran entre ambos extremos etarios constituyen la población independiente.

TENDENCIA DE LA ESPERANZA DE VIDA Y DE LA RAZÓN DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO,^{1/} 2010-2050
(Años y porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

^{1/} La razón de dependencia adulta es un indicador que muestra la cantidad de personas de 65 años y más por cada 100 personas de entre 15 y 64 años.

La gráfica anterior muestra que la esperanza de vida promedio de una persona se incrementará 7.3%, al pasar de 74.0 a 79.4 años entre 2010 y 2050; en términos absolutos representará 5.4 años más de vida en las próximas cuatro décadas. Mientras tanto, la razón de dependencia de los adultos mayores se incrementará 166.7%, al pasar de 9.6% en 2010 a 25.6% en 2050. Esto significa que el peso económico y social que deberán llevar las generaciones más jóvenes, respecto de los adultos mayores, casi se duplicará hacia la mitad del presente siglo.

1.3. La vejez y el envejecimiento como problema público

A lo largo de la historia de la humanidad, las diferentes culturas han visto a la vejez desde diversas ópticas, pero la mayoría coincidía en valorar y apreciar la sapiencia de las personas más viejas, por lo que la longevidad era sinónimo de sabiduría.^{35/}

^{35/} Aleksí Asatashvili e Inés Borjón López-Coterrilla (compiladores), **Panorama actual de los derechos humanos de las personas de edad. situación de México frente a los compromisos internacionales**, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003, p. 23.

Sin embargo, el paradigma cultural de las sociedades modernas e industriales afirma dos supuestos básicos que contribuyeron a la desvaloración de las personas de edad avanzada:^{36/}

- Lo valioso de una sociedad es la juventud, la fuerza y la actividad, ya que constituyen características que favorecen la creación de riqueza y bienestar, mientras que lo viejo, débil e incompetente es inevitablemente devaluado.
- La actividad más importante de una sociedad es el trabajo, por lo que el fin de la vida laboral de las personas mayores significa la pérdida del aprecio por sí mismas y de la estima social, e implica el debilitamiento de la estructura básica de los procesos económicos y la consecuente pérdida de la pertenencia grupal y de las prácticas sociales que configuraron el sentido de su experiencia subjetiva de la vida.

En la cultura occidental moderna, la vejez es concebida a partir de los prejuicios e imágenes que una sociedad tiene sobre las personas de mayor edad que forman parte de su comunidad, de acuerdo con las determinaciones socio-históricas de cada contexto; pero un estereotipo habitual de la vejez es que las personas adultas mayores están en una etapa de decadencia física y mental, caracterizada por la presencia de enfermedades y discapacidades que limitan o impiden su participación económica y social, y cuyos conocimientos y experiencias son obsoletos. Así, el concepto del adulto mayor queda desvirtuado por estas percepciones sesgadas de la población, lo que favorece en la sociedad una actitud negativa y discriminatoria que enfatiza estos rasgos.^{37/}

La concepción predominante de la vejez se asocia a la idea de que ésta es una etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales. Las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de roles sociales que desempeñar.^{38/} Entre estas problemáticas, la de mayor efecto es la discriminación en razón de la edad, debido a que genera obstáculos y cancela el reconocimiento, goce y ejercicio, en

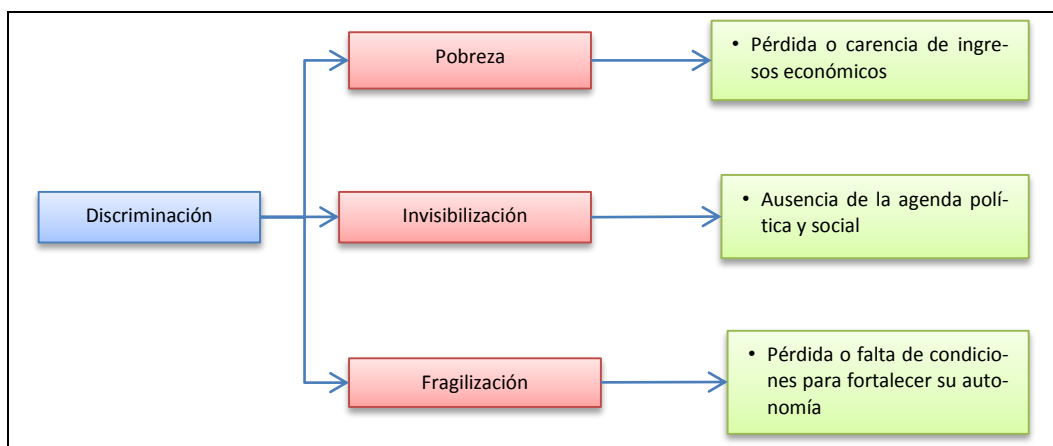
^{36/} María Concepción Arroyo Rueda, “Sentirse ‘una carga’ en la vejez: ¿realidad construida o inventada?”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 14, núm. 4, diciembre 2011, p. 8 y ss. La propia autora señala que “[...] el trabajo es un aspecto central de motivación en la vida de los individuos, que si se trastoca puede causar patrones “trastornados” de existencia como frustración, tristeza y ansiedad, pues constituyen *núcleos de verdad*, discursos que proceden de tiempos inmemoriales que se instalan en los sujetos dentro de contextos culturales de muchos grupos sociales.” *Ibid.*, p. 19.

^{37/} Leopoldo Salvarezza, “**Vejez, Medicina y Prejuicios**”, *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, núm. 1 julio–diciembre 1994, p. 3. En 1973, el científico Robert Butler propuso el término “viejismo” para referirse al conjunto de actitudes negativas de una sociedad, respecto de los adultos mayores: rechazo, tendencia a la marginalización, temor, desagrado, negación, agresión, todas actitudes ligadas entre sí, y que operan discriminando a la persona que envejece.

^{38/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación**, op. cit, p. 1.

igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.^{39/} Como consecuencia, las personas mayores están expuestas a incrementar su vulnerabilidad:

RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y SUS EXPRESIONES



FUENTE: Sandra Huenchuan, **Los derechos de las personas mayores. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez**, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, junio de 2011, p. 4.

La transformación de la vejez en un problema público va más allá del número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, radica en la forma como las personas llegan a ésta y en las capacidades que tienen los gobiernos para atenderlas. “La vejez se convierte en un problema social cuando va acompañada de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. Las diferentes dimensiones de la desigualdad, como son la clase social, la etnicidad y el género, se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez, atrapando a las personas en una telaraña de desventajas múltiples, de la cual resulta, hoy día, muy difícil escapar.”^{40/}

Además, las propias instituciones del Estado presentan rigidez para dar respuesta a las necesidades específicas y demandas de este grupo etario en el presente y el futuro, toda vez que éstas fueron concebidas bajo los supuestos de una realidad fáctica que, aunque todavía mantiene su vigencia, puesto que la población infantil, joven y adulta es significativamente más

^{39/} Sandra Huenchuan, **op. cit.**, p. 4.

^{40/} Rodolfo Tuirán, “**Desafíos del envejecimiento demográfico en México**”, **Los derechos de las personas de la tercera edad, Fascículo 3**, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003, p. 22.

numerosa que la de adultos mayores, para 2050 esta composición se verá profundamente alterada, debido a que la composición poblacional se invertirá.^{41/}

Lo anterior obliga a analizar las condiciones de vida que presentan las personas adultas mayores, ya que están generalmente más expuestas a sufrir ciertas condiciones de riesgo que generan desventajas sociales: declive fisiológico (enfermedades), pobreza (reducción de ingresos, jubilación o discriminación laboral) y marginación social (disminución del flujo de relaciones sociales); factores que tienden a agravarse por cuestiones de género, localidad, etnia, etc.^{42/}

1.4. Incorporación del problema de la vejez y el envejecimiento en la agenda pública

En el contexto internacional, la problemática del envejecimiento de las poblaciones ha sido objeto de consideración. En 1948, Argentina buscaba incorporar a la agenda internacional los derechos de las personas adultas mayores al proponer a la Asamblea General de la ONU el Proyecto de Declaración de los Derechos de la Vejez. Este documento fue el primero en exponer a nivel mundial las complejidades que traía consigo la transición demográfica y la atención de los adultos mayores, grupo poblacional en constante crecimiento.

El proyecto proponía derechos materiales para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores como la alimentación, el vestido, la salud física y mental, la recreación y el trabajo; además de los no materiales, los relacionados con la concepción social de éstos, al hacer alusión al derecho a la salud moral y el respeto que les debía guardar la sociedad;^{43/} sin embargo, dicho documento no obtuvo la repercusión esperada, ya que por falta de tiempo no fue posible valorarlo, por lo que la ONU propuso retomarlo en la siguiente sesión; no obstante, no hubo mayor seguimiento ni avances en torno a esta iniciativa.

^{41/} **Ibid.**, p. 29. El origen de esta situación reside en que las instituciones no se han adaptado a la composición por edades distintas de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando con base en un imaginario sociocultural asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas.

^{42/} Liliana Giraldo Rodríguez y Sara Torres Castro, “**Envejecimiento, vulnerabilidad y maltrato**”, **Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria**, Instituto Nacional de Geriátría, México, 2010, p. 316.

^{43/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación**, op. cit, p. 2.

Si bien el tema de los adultos mayores no se encontraba en el centro del debate internacional, estaba inmerso en la discusión de los derechos universales definidos en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en el que se instituyeron dichos derechos y se establecieron mecanismos para su protección y garantía (1966); así como en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en donde los firmantes se comprometieron a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado (1966), ambos propuestos por la ONU y ratificados por México.

A finales de la década de los setenta, los problemas relacionados con la vejez y con las personas mayores comenzaron a tomar relevancia en la agenda pública internacional, debido a la transición demográfica y epidemiológica que iniciaba en los países desarrollados. La convocatoria de la ONU en 1978 para la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue la expresión más clara de la importancia que adquirió el tema.

Como respuesta a la discusión internacional, en México se creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en 1979,^{44/} organismo dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, actualmente Secretaría de Salud, con el objetivo de dar respuesta al creciente número de personas en edad avanzada que se encontraban desamparadas, así como de ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, y crear conciencia en la sociedad de la importancia que tiene el atender a este grupo poblacional. En octubre de 1980, el INSEN recibió por primera vez presupuesto propio e inició su programa de afiliación, dando lugar al primer registro de personas de 60 años y más.^{45/}

En 1980, la población de 60 años y más ascendió a poco más de cuatro millones de personas, el 6.1% de la población total del país. En el documento de planeación “Acción y Proyección del INSEN” se identificó que en ese año había un escaso o nulo conocimiento sobre las características físicas, psicológicas y sociales de este grupo poblacional, lo que dificultaba comprender la magnitud real de marginación y vulnerabilidad en la que se encontraban; además, se expresó la preocupación por las circunstancias socioculturales en las que se daba el envejecimiento, ya que el Gobierno Federal observó que para la sociedad el ser adulto mayor

^{44/} **Ibid.**, p. 28.

^{45/} Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, **Modelos de Atención Gerontológica**, México 2010. p. 11.

representaba una disminución de posibilidades en todas las áreas de la vida (físicas, psicológicas y sociales).^{46/}

En 1980, México fue sede de la Conferencia Preparatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, y participó en la elaboración del documento denominado “La Política de Salud y el Envejecimiento”,^{47/} en el que se expuso la problemática de las personas adultas mayores en dos vertientes: la relacionada con la atención del adulto mayor respecto de su nutrición, vivienda y asistencia social, y otra enfocada al envejecimiento como política sanitaria y las implicaciones de las tendencias demográficas.^{48/}

En 1982 se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en Viena, Austria, organizada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, cuyo resultado fue la definición del “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, que fue el primer documento internacional específico en el que se abordó la problemática particular de las personas adultas mayores, en el cual se sentaron las bases para la formulación de políticas y programas para la atención de este grupo poblacional.

El “Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento”, ratificado por México, definió el problema de los adultos mayores en dos vertientes: “los problemas que afectan a los senescentes como individuos y los vinculados con el envejecimiento poblacional”. Asimismo, el plan estableció 62 recomendaciones para implementar acciones en materia de investigación, recolección de datos, análisis y capacitación, así como para atender a las personas adultas mayores en las áreas siguientes: salud y nutrición, vivienda, medio ambiente, familia, seguridad social, seguridad económica, empleo y educación, y los aspectos relativos al envejecimiento poblacional como “la preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida”.^{49/}

Por la importancia que adquirió el tema en el ámbito internacional entre 1977 y 1982, en México se establecieron las bases para poner en marcha una política pública dirigida a la atención de la población adulta mayor; sin embargo, como consecuencia de la crisis económica

^{46/} Ibid., p. 28.

^{47/} Ibid., p. 28.

^{48/} Organización Mundial de la Salud, **Asistencia sanitaria a las personas de edad (preparativos para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento)**, México, 1982.

^{49/} Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento**, Viena, Austria, 1982.

por la que atravesó el país en esos años, a partir de 1983 el tema del envejecimiento comenzó a debilitarse en la agenda pública nacional. El INSEN siguió operando pero de manera inercial, ya que no se le dio el impulso necesario para su crecimiento y consolidación.^{50/}

En 2002, a 20 años de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se lleva a cabo la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, en Madrid, España, en la que se reconoció que “desde la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, el mundo había cambiado. En esos años el envejecimiento de la población era un problema que afectaba fundamentalmente a los países desarrollados, mientras que hoy en día también está cobrando verdadero protagonismo en los países en desarrollo. En cierta medida, el envejecimiento se podía considerar un problema aislado, pero en la actualidad se concibe que una transformación demográfica de esta magnitud tiene profundas repercusiones en todos los aspectos de la vida de las personas y las comunidades, así como en los planos nacional e internacional”.^{51/}

En concordancia con el plan de acción, en México se promulgó la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) ^{52/} en 2002, que significó el establecimiento de un marco jurídico que definió la responsabilidad del Estado de implementar una política para atender la problemática de este grupo poblacional. En la exposición de motivos de la ley se reconoció que: “los objetivos de la política social en México se centraron en las necesidades propias de una población y una economía en expansión. Hasta nuestros días, no ha sido objeto de preocupación seria ni de nuestras prioridades la atención a la población de adultos mayores, aun cuando en el contexto actual ser adulto mayor significa abandono, soledad, estorbo, temor, a veces rechazo, e inclusive desprecio traducido en violencia. La senectud careció de valor positivo a medida que avanza la edad, tanto para el consumo como para la producción”.^{53/}

De acuerdo con la exposición de motivos de la ley, “con estos criterios, lamentablemente, se ha construido la base de las políticas de asistencia a los adultos mayores en nuestro país. Solamente el 6.0% de las personas adultas mayores en México cuentan con una jubilación o pensión, por demás insuficiente, que no alcanza a cubrir sus necesidades básicas. Gran parte de

^{50/} Diario Oficial de la Federación, **Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988**, México, 31 de mayo de 1983.

^{51/} Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, **Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, España, 2002.

^{52/} Diario Oficial de la Federación, **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 25 de junio de 2002.

^{53/} Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, **Exposición de Motivos, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 25 de abril de 2001.

los adultos mayores vive en condiciones de pobreza en diferentes grados, con precarias condiciones de salud, alimentación y vivienda; además, son víctimas del abandono, el maltrato, la marginación y hasta la indigencia. Aún en el seno familiar, el despojo, las agresiones y la violencia son parte del esquema de vulnerabilidad que caracteriza la vida cotidiana de nuestros ancianos.

“A las desventajas sociales y laborales, se agregan la enfermedad, la discapacidad y el deterioro moral y emocional, agudizando el proceso de desgaste; con ello, disminuye su autonomía, se limitan sus relaciones afectivas y los roles sociales y familiares que les confieran un estatus digno y dinámico.

“Este conjunto de situaciones que hasta hoy configuran el espectro de la vejez, no cambiará si desde ahora no se procuran las garantías mínimas indispensables para una vejez plena, justa y digna.

“Los adultos mayores de nuestro país reclaman una cultura de respeto y solidaridad que les retribuya el reconocimiento social que merece su contribución a la nación.

“Estas demandas y reclamos reflejan la ausencia de un marco jurídico que les garantice condiciones de vida dignas, sea cual fuere su condición social, raza o sexo.

“En consecuencia, se debe formular una estrategia integral que atienda a las necesidades de las personas adultas mayores actuales como a quienes lo serán en el futuro”.^{54/}

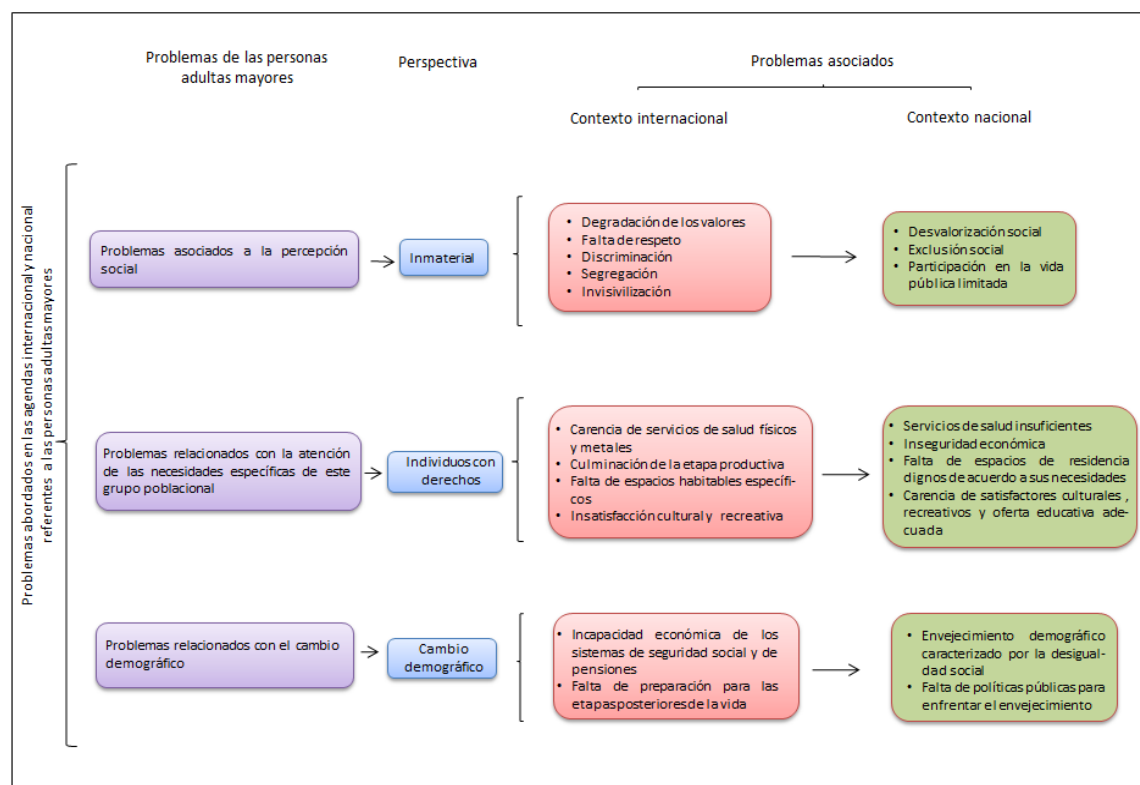
Ante la problemática descrita por los legisladores, la LDPAM buscó hacer explícitos los derechos, las garantías y la atención de las personas adultas mayores, con el fin de propiciarles una mayor calidad de vida y su plena integración al desarrollo del país, así como de establecer la obligación del Estado de garantizar las condiciones de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores.

En suma, tanto en el debate internacional como en el nacional, la problemática que afecta a los adultos mayores ha girado en torno a tres grandes vertientes: los problemas asociados a la percepción que tiene la sociedad sobre los adultos mayores; los problemas relacionados con las limitaciones para la atención de las necesidades específicas de este grupo poblacional, y los

^{54/} Id.

problemas relacionados con el cambio demográfico, en términos de la sostenibilidad en el mediano y largo plazos del sistema de seguridad social.

Los componentes de cada una de las vertientes se presentan a continuación:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Verónica Montes de Oca Zavala, "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo", Renglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm. 62, marzo-agosto 2010; Elena Zúñiga y Daniel Vega, *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*, Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, 2004; Sandra Huenchuan, *Los derechos de las personas mayores. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, junio de 2011; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación*, Santiago de Chile, 2011, p. 2; Gutiérrez Robledo Luis Miguel (Coord.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, Instituto Nacional de Geriátrica, México 2012.p.27; Organización Mundial de la Salud, *Asistencia sanitaria a las personas de edad (preparativos para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, México, 1981; Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, Viena, Austria, 1982; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Exposición de Motivos, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, México, 25 de abril de 2001, y Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Madrid, España, 2002.

La vertiente sobre la percepción del adulto mayor se integra por los problemas relacionados con la valoración social de los adultos mayores y su participación en la vida pública; la atención de las necesidades específicas de este grupo poblacional, por el acceso a los servicios de salud, la seguridad económica, la vivienda, las opciones de empleo, y los satisfactores culturales y recreativos y la oferta educativa, y el cambio demográfico, por la sostenibilidad de los sistemas de salud y de pensiones, y por la educación para la vejez de la sociedad en general.

La incorporación de los problemas que afectan a los adultos mayores en la agenda pública gubernamental derivó en la promulgación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en 2002, por lo que la presente evaluación de la política pública de atención a las personas adultas mayores, por parte de la ASF, inicia en el año de dicha promulgación, toda vez que este hecho representa el fundamento jurídico de la política y el establecimiento de la obligación por parte del Estado de atender tales problemas. En los próximos capítulos se evalúan las acciones gubernamentales emprendidas para atender las diferentes vertientes y componentes del problema público.

2. Identificación del problema público para la atención de las personas adultas mayores

En este capítulo se analiza el contexto y se delimitan los problemas que originaron la puesta en marcha de la política pública dirigida a la atención de las personas adultas mayores; se identifican los elementos cualitativos y cuantitativos del problema, así como la conceptualización y definición que el Gobierno Federal le ha dado a dicho problema en el periodo 2002-2014.

El problema público al que responde la política de atención a la población adulta mayor se divide en tres vertientes: la concepción social del adulto mayor; la atención del adulto mayor, y el envejecimiento demográfico.

2.1. Concepción social del adulto mayor

En la construcción social sobre las personas adultas mayores intervienen diversos factores sociales, lo cual contribuye a que la vejez se presente como un fenómeno heterogéneo cuya única característica en común se reduce al número de años cumplidos; sin embargo, más allá de una categoría demográfica, la construcción social de la vejez es producto de un contexto histórico, económico, político y social determinado.^{55/}

Uno de los principales problemas que enfrentan las personas adultas mayores es la discriminación en razón de su edad, lo que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin

^{55/} Kehl, Susana y Fernández, J. Manuel, **La construcción social de la vejez**, Cuadernos de Trabajo Social, Norteamérica, ene. 2001. p. 138.

efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural y civil, principalmente.

Desde esta perspectiva, el reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, como ocurre en los instrumentos internacionales de derechos humanos o en la legislación nacional, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de los adultos mayores, puesto que la estructura e ideología dominante impiden su realización práctica. La sociedad los segrega en razón de su edad y los adultos mayores actúan a su vez como un grupo limitado en las estructuras de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su posición asimétrica en la distribución de los recursos y los beneficios que originan el desarrollo.

Como resultado, los adultos mayores experimentan un ejercicio limitado de la libertad, debido a desigualdades explícitas en cuanto a situación y a derecho, ya que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades.^{56/}

Los modelos para comprender la situación y posición de las personas mayores en la sociedad se han basado en explicaciones biomédicas y sociales habitualmente ancladas en el pasado y que, en general, han conceptualizado a este grupo como un problema para sus familias y la sociedad, y al envejecimiento como un obstáculo para el desarrollo. Esta forma de entender la vejez y el envejecimiento se utiliza tanto para apartar a las personas mayores como para mantenerlas en ese estado.^{57/}

De esta manera, todos los puntos de acceso a las estructuras de la vida cotidiana, el mundo del trabajo, de la familia o de la interacción social, se establecen en gran medida en relación con la norma dominante, en este caso, la de las personas en edad productiva.

La discriminación de los adultos mayores parte de diversos contextos, como el cultural, social y económico; sin embargo, existe uno que puede ser de mayor importancia para incrementar y motivar muchas de las acciones y actitudes de exclusión: la desvaloración, un estereotipo social arbitrario e injusto. De acuerdo con este estereotipo, los adultos mayores estarían caracterizados por los atributos negativos de la improductividad, la ineficiencia, la enfermedad

^{56/} CEPAL, *Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación*, op. cit., p. 5.

^{57/} *Ibid.*, p. 10.

y la decadencia en general. El envejecimiento entonces pasa de ser un fenómeno natural dentro del ciclo de vida del ser humano a un principio de amenaza y degradación.^{58/}

Estos elementos teóricos permitieron comprender la complejidad del problema; sin embargo, en el contexto de una política pública, el elemento central es cómo comprende el gobierno dicho problema. A continuación se presenta la conceptualización gubernamental del problema sobre la concepción social del adulto mayor:

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LA DESVALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR, 2001-2014.

Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2001. • El viejo significa abandono, soledad, estorbo, temor, a veces rechazo e inclusive desprecio traducido en violencia. Los parámetros éticos vigentes han reforzado la idea de que la juventud es el estado ideal del ser humano, principalmente por las posibilidades de consumo y capacidad productiva vinculada a la edad, donde radica su valor positivo. Las personas adultas mayores en México son víctimas del abandono, el maltrato, la marginación y hasta la indigencia. Aún en el seno familiar, el despojo, las agresiones y la violencia son parte del esquema de vulnerabilidad que caracteriza la vida cotidiana de este grupo etario. No obstante que en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se abordó la problemática sobre la exclusión social y la desvaloración de la población adulta mayor, en el periodo 2002-2014 no se realizó ningún diagnóstico para analizar las características ni la magnitud del problema.
Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002. • La sabiduría, la dignidad y la prudencia son fruto de la experiencia de toda una vida, ello ha caracterizado el respeto con que se ha tratado a la ancianidad en el curso de la historia; sin embargo, en algunas sociedades se desatienden esos valores y se representa a las personas adultas mayores como un obstáculo para la economía, debido a sus crecientes necesidades en materia de servicios de salud y pensiones.
Diagnóstico del Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales INAPAM, 2015. • La falta de reconocimiento del rol social de las personas adultas mayores es la causa de su abandono social y de su estado de auto-aislamiento. La causa última y directa del problema central es su exclusión social. • El limitado ejercicio de los derechos sociales como demuestran las elevadas tasas de vulnerabilidad por carencias sociales entre las personas adultas mayores en relación con el conjunto de la población que presenta las mismas carencias. • Disminución de la calidad de vida. La exclusión social, la caída de los ingresos y la falta de políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores causan dependencia económica, desvaloración social y desocupación, factores que a su vez provocan disminución de la autoestima y síntomas depresivos. La baja autoestima y la depresión son factores que influyen de manera directa en la calidad de vida. • Las personas adultas mayores en situación de exclusión social muchas veces no están incluidas en los sistemas de protección, no pueden integrarse a actividades sociales diarias y no expresan cabalmente su opinión por falta de canales apropiados y en consecuencia se limita la posibilidad de alcanzar el desarrollo humano integral. La exclusión social también puede ser producto de la no inclusión en sistemas de protección social por falta de una política pública definida específicamente para este sector social.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento**, Madrid, 2002; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001, e INAPAM, **Diagnóstico del Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015.

En el diagnóstico realizado por la ONU, se presentó el problema en términos generales aludiendo a la pérdida del respeto que se está gestando en algunas sociedades hacia este grupo de población; se esperaba que los gobiernos que suscribieron los acuerdos de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, profundizaran y cuantificaran el problema en cada

^{58/} Romero Ruvalcaba, José Tomás, **Discriminación y adultos mayores: un problema mayor**, El Cotidiano, núm. 134, noviembre-diciembre, 2005, p. 58.

uno de sus países; sin embargo, los diagnósticos del problema realizados por el Gobierno Federal en el periodo 2002-2014 no definieron clara ni consistentemente el problema de la desvaloración social que sufre la población adulta mayor, la cual los conduce inevitablemente a la exclusión social y limita su participación en todos los ámbitos de la vida pública. Si bien, tanto en la LDPAM como en el diagnóstico del INAPAM se definieron algunos aspectos relacionados con la concepción social de las personas adultas mayores, éstos fueron desarticulados, divergentes e inconstantes; asimismo, no contaron con la información cuantitativa necesaria para conocer la magnitud del problema, lo que impedirá definir programas específicos dirigidos a atender las causas y aminorar los efectos de la desvaloración de este grupo etario en la sociedad.

Debido a que el diagnóstico realizado por el INAPAM carece de información cuantitativa para dimensionar la magnitud del problema se analizaron documentos oficiales sobre las variables que intervienen en el problema de la desvaloración social del adulto mayor.

Pese a las limitaciones que presentaron los diagnósticos del INAPAM en materia de desvaloración social de las personas adultas mayores, existen variables que participan en este problema y que han sido estudiadas por otras instituciones del Estado, principalmente las referentes a las siguientes:

- Vulnerabilidad social

En México, la vulnerabilidad social se ha traducido en desigualdades sociales que se han agravado, afectando especialmente a los grupos más desfavorecidos y potencialmente vulnerables como niños, personas adultas mayores, indígenas e inmigrantes, que presentan una alta fragilidad, riesgo de pérdida de calidad de vida o incluso alteraciones culturales importantes.^{59/}

- Vulnerabilidad por pobreza

La pobreza se define como la relación que existe entre la carencia de ingresos y las capacidades con las que cuentan los individuos para afrontarlas. Además de la carencia de recursos

^{59/} Sánchez, Diego y Egea, Carmen, **Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores**, Papeles de Población, vol. 17, núm. 69, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México 2011, p. 154.

monetarios, se pueden acumular desventajas relacionadas con capacidades individuales, como son la edad avanzada, la incapacidad física y la enfermedad.^{60/}

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) propone dos espacios analíticos de la pobreza: el espacio de los derechos sociales y el espacio del bienestar económico. En el primero se miden seis carencias sociales relacionadas con la educación, la salud, la seguridad social, la calidad y los espacios de la vivienda, los servicios básicos en ésta y la alimentación. En el segundo se verifica si el ingreso de la persona es suficiente para satisfacer sus necesidades básicas (alimentarias y no alimentarias).^{61/}

- Vulnerabilidad por violencia

El maltrato es un problema que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, generalmente en personas vulnerables, y está relacionado con el género, la edad y la condición física. El maltrato hacia las personas adultas mayores daña también a la familia, a la sociedad y a las instituciones, ya que las consecuencias negativas en su salud física y emocional son inmediatas, y su atención integral representa un costo económico importante.^{62/}

La OMS define la violencia hacia el adulto mayor como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”. Puede adoptar diversas formas, como la violencia física, psicológica y sexual, así como el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea ésta intencional o no.^{63/}

La violencia física es el acto de agresión que causa daño fisiológico; la violencia psicológica es la acción u omisión que provoca, en quien recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.^{64/}

Las estadísticas sobre el maltrato en la vejez son datos alejados de la realidad, debido a que la mayoría de los adultos mayores que lo viven no lo denuncian. Esta situación tiene su origen en distintas razones: no aceptan que están siendo maltratados; tienen temor a las represalias; es el único familiar con el que cuentan; creen que es temporal; no quieren que su familiar o

^{60/} Gomes, Cristina, **Pobreza, familia y envejecimiento poblacional en México**, México 2014, p. 384.

^{61/} CONEVAL, **Informe de pobreza en México**, 2001, p. 12.

^{62/} INAPAM, **Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores**, p. 2.

^{63/} Instituto Nacional de Geriátría, **¿En qué consiste el maltrato a las personas mayores?**, México, 2012.

^{64/} Secretaría de Salud, **Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999**, México 1999.

cuidador vaya a la cárcel; desconocen con qué autoridad deben dirigirse, o su condición física o cognitiva le impide realizar una denuncia.^{65/}

- Discriminación

En la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, realizada en 2005 por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), las personas adultas mayores se consideraron como el grupo más desprotegido.

- Autoestima

Los resultados de la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que la autoestima se ve disminuida conforme avanza la edad de las personas adultas mayores, ya que a mayor edad también una mayor proporción de individuos deja de percibirse una persona valiosa o la satisfacción consigo mismo se ve reducida. Esta pérdida de autoestima es más alta entre las personas adultas mayores que no tienen pensión ni jubilación, presumiblemente debido a su precaria situación en términos de ingresos, salud y ejercicio de los derechos.^{66/}

- Limitación en la participación en la vida pública

La falta de participación por parte de las personas adultas mayores en la sociedad ha provocado que se les descalifique por medio de estereotipos negativos, los cuales impiden visualizarlos como sujetos con necesidades, excluyéndolos en lugar de atenderlos, sin posibilidad de expresar sus verdaderas necesidades.

En el apartado 4. Implementación y resultados, se analizan las acciones implementadas por el Gobierno Federal para atender los componentes de esta problemática y se evalúan los resultados obtenidos a la fecha.

En síntesis, el Gobierno Federal ha reconocido en su discurso la creciente desvaloración social que sufre la población adulta mayor, la cual conduce a su exclusión y limita el ejercicio de sus derechos y en su participación en todos los ámbitos de la vida pública, pero no se ha realizado un diagnóstico integral, articulado y consistente para conceptualizar y cuantificar las variables y los componentes que intervienen en el problema público, lo cual impide conocer las causas que

^{65/} INAPAM, **Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores**, p. 3.

^{66/} SEDESOL, **Diagnóstico del programa Pensión para Adultos Mayores**, junio de 2013, p 30.

lo originan, los efectos imputables a éste y, eventualmente, diseñar estrategias para controlar y erradicar dicha problemática.

2.2. Atención del adulto mayor

Las características específicas de las personas que tienen 60 años o más suponen una serie de riesgos inherentes tanto para ellas como para el conjunto social. Dichos riesgos cobran relevancia en la agenda pública cuando la población se encuentra en una etapa de envejecimiento.

La situación de los adultos mayores no es un fenómeno aislado, sino parte de una problemática más compleja, que se extiende a todos los grupos de población. La principal demanda de una sociedad democrática es la igualdad entre sus miembros, lo que sugiere que cada individuo o grupo sea respetado en sus particularidades, y que al mismo tiempo tenga la oportunidad de desarrollo, integración y convivencia con el cuerpo social.

En ese contexto, los adultos mayores requieren que su condición específica de personas de edad avanzada sea valorada y, a la par, existan alternativas para atender las necesidades propias de sus circunstancias.

La integración de las personas adultas mayores en la sociedad debe buscar el equilibrio entre la protección de sus derechos fundamentales y la construcción de un entorno que favorezca su desarrollo como cualquier otro individuo. El reto que propone el envejecimiento demográfico es precisamente mantener esa condición de equilibrio, y así atender la desigualdad social.

En la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, ^{67/} de la ONU de 2002, se identificó que los principales riesgos que en una sociedad desigual presentan las personas adultas mayores se identifican en cinco áreas: el acceso a los servicios de salud; la seguridad económica; la vivienda-hogar; las opciones de empleo, y los satisfactores culturales y la oferta educativa.

^{67/} ONU, Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, España, 2002.

2.2.1. Servicios de salud

En 2009, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) definió, en el documento “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, que “existe una relación recíproca entre transición epidemiológica y demográfica, con consecuencias directas en la demanda de protección de la salud, en el derecho a acceder y a disfrutar, durante toda la vida, de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud posible.”^{68/} También agregó que el proceso de dicha relación acontece en los países de la región en “contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales económicas y problemas no resueltos de inequidad de acceso a los servicios de salud. Ello significa que gran parte de la caída de la mortalidad en la región se debe a la acción de variables exógenas (tecnologías y descubrimientos médicos) y no a mayores niveles de vida de la población^{69/}.” Como consecuencia de ello, la CEPAL definió que la problemática de los servicios de salud de las personas adultas mayores se encuentra vinculada a dos factores: la cobertura y la calidad de la atención en salud. A continuación se muestran los factores relacionados con los servicios de salud de las personas adultas mayores:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en CEPAL, **Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas**, Santiago de Chile, 2009.

^{68/} CEPAL, **Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas**, Santiago de Chile, 2009, p. 121.

^{69/} **Ibid.**, p. 122.

La cobertura se relaciona con el incremento del número de pacientes que requieren atención, lo que a su vez produce insuficiencia en la cantidad y disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y financieros de las instituciones de salud; además, existe un sector importante de población que no tiene el beneficio de un sistema de seguridad social, hecho que se vincula con las condiciones socioeconómicas de las personas. Al respecto, la CEPAL apuntó que los adultos mayores sufren de exclusión de los servicios de salud como una causa de su nivel de ingresos.

Cuando el adulto mayor puede acceder a los servicios de salud, el problema al que se enfrenta es la calidad de los servicios. La CEPAL definió que “la primera variable de este factor se conforma por la atención primaria, la cual se enfoca a los padecimientos crónicos que son los más comunes de las personas mayores; la atención especializada, que incluye la atención domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria; y los servicios farmacéuticos, cuyo fin es dotar de medicamentos a la población mayor. La segunda variable de la calidad es la formación de personal, cuya problemática se centra en la escasez de personal capacitado para atender las necesidades de los adultos mayores. La tercera variable se refiere a los cuidados que requiere ese grupo etario en el mediano y largo plazo a cargo de las instituciones de salud”.^{70/}

A continuación se presentan los diagnósticos gubernamentales sobre el acceso a la salud de la población adulta mayor:

DIAGNÓSTICOS GUBERNAMENTALES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR,
2001-2014

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. • La confluencia del envejecimiento demográfico con el cambio registrado en el terreno epidemiológico demandará profundas reformas en las estrategias, el alcance, el funcionamiento y la organización del sector salud.
Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006. • Existe una relación entre la inserción en actividades económicas y el acceso a los servicios de seguridad social, condición vital para los adultos mayores, ya que implica mayores oportunidades de acceso a los servicios de salud. • Existen debilidades en la atención y prevención de la salud de los adultos mayores, así como la falta de conocimiento especializado respecto de la salud de ese grupo etario.
Programa Nacional de Salud 2001-2006. • La atención de los adultos mayores representará uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además, los servicios que requieren estas personas son por lo general muy costosos.

^{70/} CEPAL, **op. cit.**, pp. 150-154.

DIAGNÓSTICOS GUBERNAMENTALES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR,
2001-2014

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002. En el país gran parte de los adultos mayores vivían con precarias condiciones de salud y alimentación; las desventajas de este sector de la población se agudizan por las enfermedades propias de la vejez, así como por las discapacidades físicas, lo que desgasta las facultades de los sujetos mermando su autonomía. En este documento, el Gobierno Federal reconoció que existe una relación ineludible entre salud y autonomía, ya que precisamente de la sinergia de ese binomio surge un reclamo para acceder con justicia a los beneficios asistenciales, de protección y seguridad social, entre los que se encuentra el derecho a la salud.
Declaración de Brasilia, ONU, 2007. Es necesario impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Existe un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad; este descenso se acompañó de un cambio igualmente significativo en las principales causas de discapacidad y muerte. Se mencionó que esa transición está íntimamente asociada al envejecimiento poblacional, fenómeno que es una alerta respecto de que los problemas de salud de los adultos mayores serán uno de los componentes que más atención demande por parte de la población.
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012. Dentro de los adultos mayores, aquellos que se localizan en el ámbito rural son los más vulnerables y son pocos los que contaban con acceso a los servicios de salud.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012 Los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles: el 84.0% de las muertes en el país se debe a enfermedades no transmisibles y lesiones, y el 53.0% se concentra en los mayores de 65 años.
Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2010. El acceso a los servicios de salud se convierte en una problemática, debido a que la prolongación de la vida implica un mayor gasto en los servicios de salud, medicamentos y cuidados. De ahí la importancia de implementar políticas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, pues éstas traen consigo un significativo ahorro para los sistemas de salud y, por ende, una mejora en la calidad de vida de las personas adultas mayores.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. La fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018. La atención de los adultos mayores requiere transitar de un enfoque que observa a la salud como cura de enfermedades, a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables. Igualmente, se indicó que la atención de ese grupo etario requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud por medio de políticas intersectoriales.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. El problema concerniente a la atención de la salud de los adultos mayores se comprende a partir del aceleramiento del deterioro de la salud, el cual es causado por: una red de apoyo social y familiar insuficiente, ya que el grado de deterioro de la salud y la discapacidad de los adultos mayores dependen en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional que puedan recibir; el limitado acceso a los servicios de salud, ya que no todas las personas adultas mayores contaban con seguridad social que les proporcionara servicios de salud, pese a la ampliación de la cobertura en esa materia, debida a la implementación de otras alternativas como el Seguro Popular, aunque éste presenta todavía un paquete de servicios limitado en comparación con la atención que dan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes, y la mayor incidencia de enfermedades y discapacidad, la cual se suscita por una inapropiada cultura de prevención de enfermedades y el deterioro natural de la salud física y mental.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, 2002; **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**; México 2002; **Plan Nacional de Desarrollo**, México, 2001-2018; SEDESOL, **Programa Nacional de Desarrollo Social**, México, 2001-2018; SS, **Programa Nacional de Salud**, México, 2001-2018; CEPAL, **Declaración de Brasilia**, Brasil, 2007; SEDESOL, **Programa Sectorial de Desarrollo Social**, México, 2007-2018; **Programa Sectorial de Salud**, México 2007-2018; INAPAM, **Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores**, México 2010, y SEDESOL, **Programa Pensión para Adultos Mayores**, México 2013.

En el periodo 2002-2014, la Secretaría de Salud (SS) elaboró en cada sexenio, 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018, el Programa de Acción Específico: Atención del Envejecimiento,^{21/} documento en el que realizó un diagnóstico específico de la problemática de salud de los adultos mayores. Los señalamientos de dicho diagnóstico fueron los siguientes:

DIAGNÓSTICO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES,
 REALIZADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD, 2001-2014

Factores	Problemática
Pobreza	Los adultos mayores que tienen recursos económicos suficientes cuentan con acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; sin embargo, los adultos mayores con un nivel económico bajo padecen una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar, no se pueden satisfacer. Por lo tanto, se observó la necesidad de garantizar que el combate a la pobreza contribuya al buen estado de salud de las personas adultas mayores.
Falta de prevención	Debido a la falta de planeación de los sistemas de salud y seguridad social, las instituciones se ven limitadas para dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas adultas mayores. Asimismo, la transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, en lo que respecta a las conductas saludables a lo largo de la vida.
Prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas	Existe un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles; asimismo, en las últimas décadas, se ha presentado un aumento incesante de las enfermedades crónicas no transmisibles. En relación con la morbilidad de la población adulta mayor, los datos son difíciles de obtener y menos confiables, ya que los sistemas de información no permiten conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más; como consecuencia, la detección de padecimientos de mayor incidencia en el adulto mayor es inoportuna, parcial e inadecuada.
Insuficiencia de servicios y recursos	La falta de recursos necesarios impide brindar a las personas adultas mayores una atención integral, la cual incluye personal de salud debidamente capacitado, abasto de medicamentos, eficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia a los diferentes niveles de atención, y la implementación de infraestructura física especializada. Asimismo, los costos de los programas para la atención de los adultos mayores pueden ser muy elevados, debido a la falta de planeación y control de calidad de los servicios, así como a la falta de educación para la cultura de la prevención y el logro de un envejecimiento saludable. El incremento de la edad de los individuos se acompaña del alza de los episodios de cuidados intensivos en los hospitales, lo que deriva en una alta ocupación por día de camas hospitalarias. Existe insuficiencia de servicios de rehabilitación para adultos mayores, y falta de desarrollo de modelos interdisciplinarios de rehabilitación en todos los niveles.
Falta de atención especializada	En México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor como lo son la depresión, las alteraciones de memoria, y la incontinencia urinaria y fecal; por lo que es fundamental profundizar en cuanto a las diversas técnicas y métodos para el estudio del envejecimiento, así como identificar los temas de investigación, en forma multidisciplinaria. Asimismo, los servicios de salud que se proporcionan tanto a las personas adultas mayores como a la población en general carecen de homogeneidad, debido a que la atención geriátrica especializada se otorga sólo en el momento en que los adultos mayores exhiben gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en el **Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento** 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018 de la Secretaría de Salud.

La SS identificó cinco factores de la problemática de los servicios de salud. El primero fue la pobreza, que implica la relación entre recursos económicos y el acceso a los servicios de salud, y cuya prevalencia se presenta en aproximadamente la mitad de los adultos mayores. El segundo factor fue la falta de políticas preventivas, en lo que respecta a la planeación institucional como a la individual, que se origina en la falta de estilos de vida saludables en la

^{21/} Programa de Acción Específico: Envejecimiento, 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

población. El tercer factor fue la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas, de las cuales se concluyó que no hay datos confiables y oportunos de todos los casos. El cuarto factor fue la insuficiencia de servicios y recursos, que señala la falta de personal capacitado, de medicamentos y de infraestructura. Al respecto, la SS reconoció que las instituciones de salud tienen una capacidad limitada para responder a las demandas del envejecimiento de la población; sin embargo, no se contó con información cuantitativa sobre el problema. El quinto factor fue la falta de atención especializada, y se refiere a que los servicios de salud para los adultos mayores suelen ser homogéneos en relación con los de la población en general, reservando los cuidados especiales a aquellos pacientes con patologías graves.

En lo que corresponde al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), hasta 2014 no disponía de un diagnóstico sobre la problemática en materia de salud. Fue en 2015 que elaboró el documento denominado “Diagnóstico del Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales”, el cual identifica que el problema de los servicios de salud de los adultos mayores se manifiesta en el limitado ejercicio de los derechos sociales, como lo es el derecho inalienable de la salud y que la falta de esos derechos se cuantifica por medio de carencias sociales, lo que tiene un efecto directo en la profundización del nivel de pobreza.

En cuanto a la dimensión cuantitativa del problema de los servicios de salud, en dicho diagnóstico se señaló que en el periodo 2000-2014, las principales causas de muerte entre adultos mayores permanecieron constantes; sin embargo, la proporción y el número de personas fallecidas debido a ellas se incrementó.

En 2000, el primer lugar lo ocuparon las enfermedades del corazón, con el 29.8% de las defunciones, 50.2 miles de muertes; esta situación permaneció en 2010, con el 31.1%, 79.4 miles, y en 2014, con el 32.3%, 85.8 miles; esto significa que la proporción de adultos mayores que murió por enfermedades del corazón aumentó en 2.5 puntos porcentuales.

Las enfermedades propias de la vejez sugieren el incremento en la demanda de servicios de salud, sobre todo cuando este grupo poblacional presenta un crecimiento constante. Este escenario se agudiza en el contexto de la pobreza que vive la población, lo cual limita el ejercicio del derecho de la población a los servicios de salud, en cuanto a su acceso y calidad. En estos elementos convergen los distintos diagnósticos realizados por el Gobierno Federal a lo largo del periodo de análisis.

La importancia que el tema de salud de la población adulta mayor ha cobrado en el debate público se refleja en la formulación del Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento, publicado por la SS en las tres últimas administraciones federales. En dicho programa se identificaron cinco factores que conforman la problemática en esta materia: la pobreza en la que se encuentra gran parte de este grupo poblacional; la carencia de planeación en materia de la sostenibilidad de los sistemas de salud y de seguridad social que tienen efecto sobre las condiciones de cómo enfrentarán las personas la edad adulta; la prevalencia y concentración de las enfermedades crónico-degenerativas, que también reflejan las conductas saludables a lo largo de la vida; la insuficiencia de los servicios médicos y de los recursos humanos, materiales y financieros, correspondientes con la creciente demanda, y la carencia de servicios de salud especializados que permitan a la población adulta mayor acceder a una vida de calidad.

Conceptualmente, el diagnóstico realizado por la SS aborda el conjunto de elementos del problema de los servicios de salud; sin embargo, la información cuantitativa es insuficiente para conocer la magnitud de la problemática en cada uno de los componentes y, con base en ello, definir una estrategia de política integral en materia de salud para este grupo de población.

2.2.2. Seguridad económica

En la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza efectuada en 2006, la CEPAL definió a la seguridad económica de las personas adultas mayores como “la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida”.^{22/} De ese modo, se señaló que esa condición es el garante de la satisfacción de las necesidades objetivas requeridas para un nivel óptimo de vida, y la independencia en la toma de decisiones, lo que favorece el aumento del valor del rol social de los adultos mayores, integrándolos a la sociedad como sujetos con derechos. En esa delimitación, la contraparte de la seguridad económica es la pobreza.

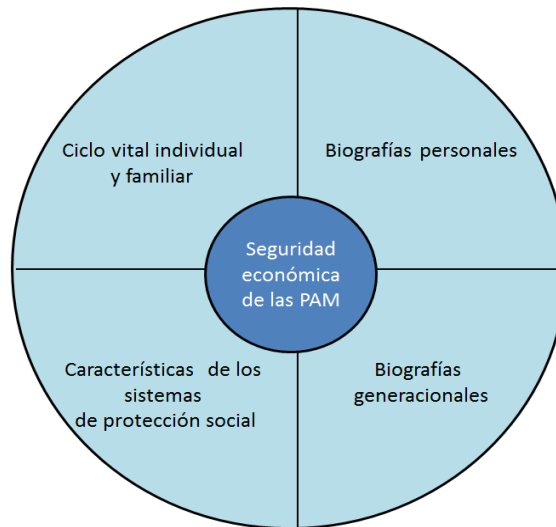
^{22/} CEPAL, **Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza**, Santiago de Chile, 2006.

Para el estudio y diagnóstico de la seguridad económica de las personas adultas mayores, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) estableció las dos dimensiones siguientes:

- La situación económica. Se refiere a la condición determinada por el poder adquisitivo cuyas fuentes pueden ser distintas, el trabajo, los ahorros, y las jubilaciones o pensiones. Esta dimensión se encuentra condicionada por el nivel y tipo de consumo, el cual a su vez varía por la dependencia económica, y la cantidad y calidad de subsidios para la adquisición de bienes y servicios por parte del gobierno.
- La posición económica. Alude al rasgo resultante de dos comparaciones: los ingresos y bienes de los adultos mayores frente a los que otros grupos de edad presentan, y frente a distintos estratos de adultos mayores. Ese análisis comparativo provee un indicador del nivel de desventaja económica entre generaciones y estratos de adultos mayores.

Existen cuatro factores que definen a la seguridad económica de los adultos mayores:

FACTORES DE LA SEGURIDAD ECONÓMICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, CELADE



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en CEPAL, **Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza**, Santiago de Chile, 2006.
PAM: Personas Adultas Mayores.

El ciclo vital individual y familiar remite a las relaciones familiares que pueden significar un apoyo para aminorar el peso de las cargas que deben sobrellevar los adultos mayores; las biografías personales se refieren al historial laboral, por medio del cual las personas pueden

asegurar un ingreso económico al jubilarse, así como a la posibilidad de emplearse de manera remunerada cuando lleguen a la adultez mayor; las biografías generacionales son el factor compuesto por las situaciones históricas que han padecido las distintas generaciones, como la evolución social, económica y política, y las características de los sistemas de protección social, que influyen en la seguridad económica, ya que de su calidad se desprende la oportunidad o el riesgo para obtener ingresos en edades avanzadas.

La caracterización que la CEPAL hace de la seguridad económica descubre que la problemática se centra en las condiciones de pobreza que padecen los adultos mayores, puesto que hay una relación intrínseca entre el avance de la edad y la fragilidad de los individuos, lo que facilita la carencia de ingresos y, por lo tanto, el incremento de la pobreza. Asimismo, la CEPAL identificó que el nivel de certidumbre económica depende de mecanismos de atención de las personas adultas mayores, como la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares.

A continuación se presentan los diagnósticos de la problemática referente a la seguridad económica de la población adulta mayor:

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SEGURIDAD ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR, 2001-2014

Exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2001. Únicamente el 6.0% de los adultos mayores contaba con el apoyo económico que supone una jubilación o pensión, la cual en la mayoría de los casos resultaba insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas. Sumado a lo anterior, una gran parte de la población de personas de 60 años y más padece de pobreza en distintos grados. Lo anterior se consideró como una consecuencia de las crisis macroeconómicas de finales del siglo XX, ya que los adultos mayores, además de la situación económica adversa nacional, se enfrentaban a la marginación laboral por la edad. En el país gran parte de los adultos mayores vivían en precarias condiciones de salud y alimentación; las desventajas de este sector de la población se agudizan por las enfermedades propias de la vejez, así como por las discapacidades físicas, lo que desgasta las facultades de los sujetos mermando su autonomía. Lo anterior repercute en un primer momento en las relaciones afectivas, roles sociales y familiares de los adultos mayores, y después en su dignidad.
Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento 2001-2006 La distinción del fenómeno del envejecimiento demográfico en países desarrollados y en los de América Latina consiste en que los primeros envejecieron al momento de tener riqueza económica, mientras que los segundos envejecerán siendo pobres por lo que los adultos mayores, en su mayor proporción, serán pobres y su economía personal será dependiente.
Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, ONU, 2002. Se deberá incluir el tema del envejecimiento en los programas de desarrollo de cada país, así como en las estrategias de erradicación de la pobreza.
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012. El aumento de la población de adultos mayores hace necesario que se amplíen las acciones gubernamentales para atender a ese grupo etario, en el que la mayoría de sus integrantes no posee la capacidad de aventajar su condición de pobreza por sí mismos, requiriendo el auxilio de la sociedad y el gobierno.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Las personas adultas mayores forman parte de los grupos vulnerables, que por su condición de pobreza demandan igualdad de oportunidades para gozar de una vida digna.

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SEGURIDAD ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR, 2001-2014

Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2010. En la región de Latinoamérica, el envejecimiento demográfico presentaba un ritmo acelerado, distinto del de los países desarrollados, y un contexto en el que se observaba una alta incidencia de la pobreza y desigualdad social.
Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, CONAPRED e INAPAM, 2010. Alrededor del 62.0% de las personas adultas mayores depende de un familiar o tercero para su manutención económica.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Las personas adultas mayores son uno de los grupos a los que se les discrimina y excluye, además de que el 40.0% de ellos se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. La prevalencia de adultos mayores sin ingresos por concepto de jubilación o pensión contributiva tiene como uno de sus efectos la dependencia económica, lo que se transforma en la percepción discriminante de que los adultos mayores son “cargas” para sus familias.
Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, INAPAM, 2015. El limitado ejercicio de los derechos sociales de las personas adultas mayores y la caída de ingresos al alcanzar la edad de retiro laboral producen inseguridad económica, lo que incide en los niveles de pobreza.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. De acuerdo con este diagnóstico, de los aproximadamente 7 millones de personas adultas mayores contabilizadas en el Censo de 2010, 5.7 millones no percibían ingresos por concepto de pensión o jubilación contributiva, lo que incrementaba su vulnerabilidad por falta de ingreso. Adicionalmente, los que sí tenían acceso a este beneficio generalmente recibían montos insuficientes para costear el pago de los bienes y servicios mínimos que requerían. Dicha situación obligaba a los adultos mayores a continuar o reincorporarse al mercado laboral, recibiendo sueldos sustancialmente más bajos que el promedio y de menor calidad.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, 2002; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001; **Programa Sectorial de Desarrollo Social**, México, 2007-2012; SS, **Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento 2001-2006**, México 2001; INAPAM, **Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores**, México, 2010; **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2018**, México; SEDESOL; SEDESOL, **Programa Pensión para Adultos Mayores**, México, 2013; CONAPRED e INAPAM, **Encuesta Nacional sobre Discriminación en México**, México, 2010, e INAPAM, **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015.

En los diagnósticos realizados tanto por organismos internacionales como gubernamentales se identificó que la seguridad económica representa uno de los principales problemas a los que se enfrenta la población adulta mayor; sin embargo, no se ha profundizado sobre la magnitud del problema.

Cuantitativamente el problema de la seguridad económica fue identificado con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que dispone del indicador “Dependencia de vejez”, cuya fórmula corresponde al cociente entre la población de personas adultas mayores (65 años o más) por cada 100 personas en edad productiva (de 15 a 64 años).^{73/} En el año 2000, por cada 100 personas en edad productiva, había ocho personas adultas mayores dependientes de ellas, número que aumentó en 2010 a nueve.

^{73/} INEGI, **Perfil sociodemográfico de adultos mayores**, México, 2014.

Asimismo, de acuerdo con el CONEVAL, de 2008 a 2014 la proporción de adultos mayores que se encontraba en situación de pobreza creció en 1.0 puntos porcentuales, al pasar de 44.9% (3,251.0 miles de personas) a 45.9% (4,160.2 miles de personas), como se muestra en el cuadro siguiente:

SITUACIÓN DE POBREZA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2008 Y 2014 (Porcentaje y miles de personas)						
Indicador	2008		2014		Diferencia absoluta de PAM (5)=(3)-(1)	Diferencia absoluta de porcentajes (6)=(4)-(2)
	PAM (1)	% (2)	PAM (3)	% (4)		
Población en situación de pobreza	3,251.0	44.9	4,160.2	45.9	909.2	1.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en CONEVAL, **Módulo de Condiciones Socioeconómicas, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares**, 2008 y 2014.

PAM: Personas Adultas Mayores.

Respecto de las personas adultas mayores apoyadas, mediante programas federales, se identificó que en 2010, 6 de cada 10 personas adultas mayores no recibieron apoyo económico por parte de algún programa.

En suma, de acuerdo con la CEPAL, el problema de la seguridad económica de las personas adultas mayores se conforma por cuatro factores: el ciclo vital individual y familiar, las biografías personales, las características de los sistemas de protección social y las biografías generacionales. No obstante, en el periodo 2002-2014, el Gobierno Federal careció de un diagnóstico integral que cubriera la identificación precisa de dichos factores y de su articulación, tanto interna como con los componentes del problema general de la atención del adulto mayor. Pese a lo anterior, el discurso gubernamental ha dado relevancia al tema al reconocer: la elevada y creciente proporción de adultos mayores que al final de su vida laboral no disponen de una jubilación o alguna otra fuente de ingresos; los niveles de pobreza de las personas adultas mayores; la falta de oportunidades laborales para producir ingresos, y la dependencia económica hacia la familia.

Aun cuando el Gobierno Federal ha adoptado las directrices de la ONU, referentes a la inclusión del envejecimiento en las estrategias en contra de la pobreza, los factores identificados no han sido suficientemente analizados, ni cuantificados, lo que limita el diseño de estrategias que atiendan el problema.

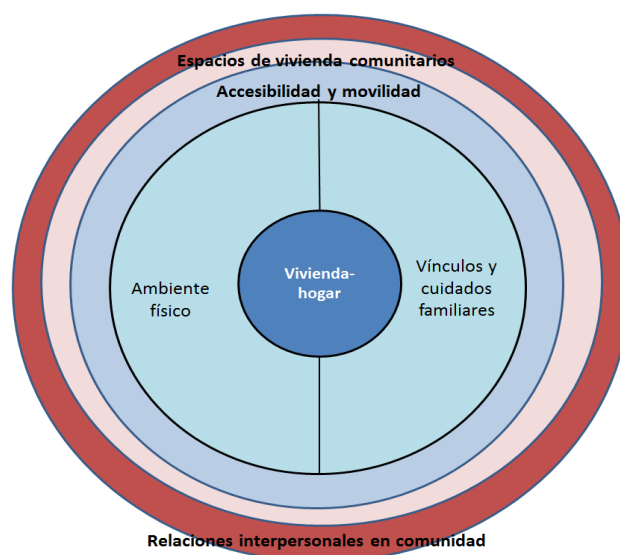
2.2.3. Vivienda-hogar

En el libro “Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor”, publicado por la Universidad de Guadalajara, se señaló que en 1999 la OMS y la Organización Panamericana de la Salud definieron que la vivienda “es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y la familia, como el de proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los adultos mayores y personas con discapacidad, y promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar.”^{74/} A partir de esa delimitación, el texto apunta que la vivienda debe ser un espacio vital con la finalidad de brindar protección, bienestar y comodidad, factores requeridos para que las personas adultas mayores tengan una mayor calidad de vida funcional en la realización de las actividades cotidianas.

Para las personas adultas mayores, la privación de los beneficios en torno a la vivienda depende de tres factores: el ambiente físico; los vínculos y cuidados familiares, y los elementos externos que rodean a los dos primeros.

^{74/} María Elena Flores Villavicencio, María Guadalupe Vega López, Guillermo Julián Pérez, (coordinadores), **Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor**, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 2011, p. 78.

FACTORES DE LA VIVIENDA-HOGAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, CELADE



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en **Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor**, Universidad de Guadalajara, 2011.

La problemática de la vivienda-hogar de las personas adultas mayores debe ser analizada a partir de tres dimensiones: la primera es el ambiente físico, el cual integra la calidad y disposición de la construcción física de la estructura habitacional, así como los servicios públicos con los que cuenta; la segunda, se refiere a los vínculos y cuidados familiares que se desarrollan en el espacio físico de la vivienda; y la tercera, a los elementos externos que rodean a las dos primeras dimensiones, incluidas la accesibilidad y movilidad de los adultos mayores, los espacios de viviendas comunitarias y las relaciones interpersonales en la comunidad. En su conjunto, esas dimensiones crean un entorno tanto físico como emocional para las personas adultas mayores que inciden de forma directa en su calidad de vida. Estos factores se ven mermados por ciertas situaciones que prevalecen en los adultos mayores, como son la dependencia del desarrollo macroeconómico del país, la pobreza y las limitaciones físicas.

A continuación se presentan los diagnósticos de la problemática referente a la vivienda-hogar de las personas adultas mayores:

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE VIVIENDA-HOGAR DEL ADULTO MAYOR, 2001-2014

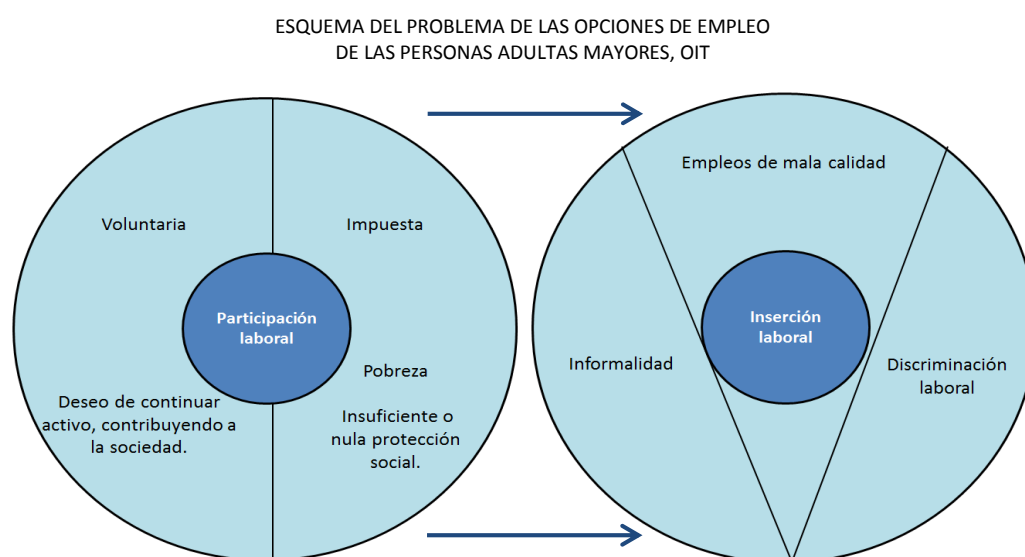
Exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2001. Existe una creciente tendencia al abandono, a la que se le suma la pobreza económica que suscita condiciones precarias en los lugares de residencia de los adultos mayores, por lo que su vivienda es de baja calidad.
Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Los adultos mayores que no forman parte de algún esquema de seguridad social se enfrentan a la imposibilidad de acceder, como parte de sus prestaciones, a una vivienda, Para las personas de edad avanzada, la seguridad social puede constituirse como un medio para su sostenimiento, sobre todo si se considera que el deterioro de sus capacidades productivas puede dificultarles el acceso a los satisfactores mínimos por sí mismos.
Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, ONU, 2002. Es necesario crear vínculos intergeneracionales y comunidades, pues una proporción significativa de adultos mayores vive con sus familias, por lo que de esta forma se les facilita el acceso a la vivienda-hogar.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Los grupos vulnerables, dentro de los que se encuentran las personas adultas mayores, se hallan en un estado de falta de oportunidades para su desarrollo, por lo que la creación de oportunidades debe ser un tema de la agenda nacional, ya que esos grupos demandan mejores condiciones de vivienda para una vida digna.
Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2010. Se indicó que la vulnerabilidad por vivienda que presentan los adultos mayores está relacionada no solamente con su edad, sino también con el acceso a servicios básicos y a las circunstancias físicas, sociales, psicológicas, económicas y familiares que determinan la capacidad para responder ante situaciones adversas y para producir un ambiente propicio para el desarrollo de este grupo de población.
Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, INAPAM, 2015. Un importante número de personas adultas mayores presenta carencia por calidad y espacios de vivienda, así como por servicios básicos de vivienda. La evolución de las carencias sociales entre 2008 y 2012 indicaba que la carencia por calidad y espacios en la vivienda entre las personas adultas mayores disminuyó, al pasar de 13.8% a 8.2%, al igual que la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, que disminuyó de 18.4% a 14.9%. Sin embargo, la prevalencia de esas carencias tiene como consecuencia que en el nivel de los efectos últimos eleven las tasas de pobreza entre las personas adultas mayores.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, 2002; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**, México, 2001, **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2007; INAPAM, **Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores**, México, 2010; **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015.

En suma, el problema de la vivienda-hogar de las personas adultas mayores se conforma por los factores siguientes: el ambiente físico, los vínculos y cuidados familiares, así como los espacios y las relaciones interpersonales en comunidad. En relación a esto, el Gobierno Federal definió conceptualmente una serie de variables que componen el problema: el abandono; la pobreza; el acceso a la seguridad social como facilitador de vivienda; la falta de oportunidades para contar con una vivienda digna; disponibilidad de servicios dentro de la vivienda; circunstancias físicas y sociales adversas para constituir un ambiente sano, y la discriminación y exclusión social. Sin embargo, la información, tanto conceptual como material, de los diagnósticos del Gobierno Federal se concentró en el rubro del ambiente físico, dejando sin expresión a los factores vinculados con los cuidados familiares y el entorno comunitario donde habitan los adultos mayores; asimismo, la información incluida en los diagnósticos es insuficiente para cuantificar la magnitud del problema público.

2.2.4. Opciones de empleo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el documento de 2010 "Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe",^{75/} estudió la relación entre el envejecimiento demográfico y los mercados de trabajo, señalando que la reflexión sobre la problemática de las opciones de empleo de las personas adultas mayores requiere del análisis de dos instancias: "la decisión de participación, por un lado, y la decisión acerca de la forma en que dicha participación se hará efectiva, por el otro."^{76/} A partir de ese punto de reflexión, el problema se puede observar con el esquema siguiente:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en OIT, **Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe**, Geneva, 2010.

Como se indica, la problemática transcurre por dos momentos: la participación laboral y la inserción laboral.

En el primero, el adulto mayor se enfrenta a una toma de decisiones, en donde opta por participar o no en el mercado de trabajo. Si la elección es afirmativa, se distingue por sus causas en voluntaria, cuando es el deseo de permanecer activo y aportando lo que motiva el trabajo, y es impuesta, cuando por factores externos al individuo, éste se ve necesitado de trabajar para disponer de ingresos económicos. Dentro de esos factores externos se encuentra la condición de pobreza, que alude al historial laboral y educativo de las personas, ya que de

^{75/} OIT, **Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe**, Geneva, 2010.

^{76/} *Ibid.*, p. 4.

ello deriva una parte significativa de la capacidad de contar con recursos después del retiro, así como de acceder a la protección social.

En el segundo momento, una vez que las personas adultas mayores han decidido o deben seguir activas, se enfrentan a la problemática relativa a su inserción laboral. Como tal se aprecia ahí un problema del mercado laboral, en cuanto a las vías de acceso y la calidad de su oferta. La mayoría de las personas adultas mayores que se mantienen activas lo hacen en el sector informal, lo que para la OIT es una señal de alerta, porque el laborar en esa modalidad “aumenta la propensión a estar desprotegido contra riesgos, que se incrementan con la edad”.^{27/} Asimismo, los empleos ofrecidos deberían adaptarse a condiciones específicas de la población adulta mayor, como la remuneración justa, la decisión sobre la intensidad expresada por el número de horas que se quieren dedicar a la jornada laboral y el ámbito de la actividad, en referencia al sector productivo en que se busca desempeñar. El grado de cumplimiento de esas condiciones indicará si una opción de empleo es de buena calidad o no. Un tercer elemento, es la discriminación por la edad, la cual continúa impidiendo la apertura del mercado de trabajo a quienes no son jóvenes.

Cabe resaltar que en ambos momentos del problema, la OIT identificó que hay una debilidad transversal relativa a la cuestión de género. Tanto para la participación laboral, como para la inserción, el ser mujer agrava el problema, ya que por lo general éstas carecen en mayor medida que los hombres de seguridad social, o en su trayectoria de vida precedente no se laboró para acumular ahorros.

La esquematización del problema que propone el estudio de la OIT, permite identificar las variantes de la problemática, que al ser observadas hacen proclive un diagnóstico diferenciado de los adultos mayores, pues hay algunos que continúan activos voluntariamente, y otros porque sus condiciones de pobreza lo exigen, teniendo cada grupo una dotación particular de problemas con sus respectivas causas.

A continuación se presentan los diagnósticos de la problemática referente a las opciones de empleo de las personas adultas mayores:

^{27/} Ibid., p. 8.

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LAS OPCIONES DE EMPLEO PARA ADULTO MAYOR, 2001-2014

Exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2001. • Ser adulto mayor se percibe, de forma negativa, como encontrarse en una etapa improductiva con poca o nula aportación económica, lo que deriva en discriminación cultural y laboral. Asimismo, la desventaja laboral a la que se enfrentan las personas adultas mayores se agudiza por el entorno económico desfavorable, compuesto por crisis económicas y desigualdad social, lo que pauperiza los ingresos e incrementa la marginación laboral de este grupo poblacional.
Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. • De los 4.8 millones de adultos con 65 años o más, sólo 26.2% de ellos contaba con una pensión o beneficios de jubilación y muchos sufrían la falta de oportunidades para continuar su desarrollo humano en un entorno social incluyente.
Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006. • La ausencia de apoyos para las personas en condición de pobreza que durante su vida realizaron trabajos no remunerados propicia que al llegar a ser adultos mayores requieren continuar su vida activa, por lo que es necesario fomentar el desarrollo de actividades remuneradas para ser beneficiarios de apoyos sociales. También se apuntó la prevalencia del menoscabo del valor de los aportes de la experiencia de los adultos mayores hacia el desarrollo social y económico.
Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, ONU, 2002. • Hay que hacer frente al desempleo, al subempleo y a la rigidez del mercado laboral que impide a las personas de edad seguir realizando tareas remunerativas mientras lo deseen y puedan hacerlo productivamente, ya que actualmente se les restringen las oportunidades y se priva a la sociedad de su energía y sus conocimientos.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. • Se requiere disponer de oportunidades para poder desempeñar trabajos afines a sus necesidades y capacidades.
Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2010. • La carencia de trabajos dignos para toda la población económicamente activa, incluidos los adultos mayores que requieren y pueden trabajar, lo que se conecta con los todavía débiles mecanismos solidarios no contributivos. Esa situación se subrayó al mencionar que al contrario de lo que sucede en otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en los que el descenso de la participación laboral por parte de las personas mayores se debe principalmente al retiro temprano, al incremento del ingreso per cápita, a una mayor educación y salud, en México, desde 2005, se observa un crecimiento sostenido de la tasa de participación de los mayores de 60 años en la fuerza laboral y en la economía nacional. • Los adultos mayores encuentran barreras para incorporarse al sector formal del mercado de trabajo, y son en muchas ocasiones objeto de discriminación y desvaloración. Ante la falta de oportunidades laborales, la baja cobertura de los sistemas de pensiones y jubilaciones y el incremento de su participación en la economía informal, un gran número de adultos mayores se encuentra por debajo de la línea de pobreza o en situación de indigencia.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. • La edad de retiro de la actividad laboral oscila entre los 60 y 65 años, con variaciones según la ley que la regule. Sin embargo, al llegar a esta edad hay quienes continúan trabajando, como resultado de un deseo personal o bien de la necesidad económica. No obstante, pese a su mayor participación en el mercado laboral, las personas adultas mayores activas económicamente tienen, en promedio, un ingreso monetario inferior al de sus congéneres que reciben ingresos por concepto de pensión o jubilación.
Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, INAPAM, 2015. • Debido a la falta de protección social, pensiones nulas o insuficientes, un alto porcentaje de la población de adultos mayores requiere seguir trabajando después de la edad de jubilación. El grupo de personas mayores que continúan trabajando se identificó con una división por tipo de actividad, con la que se observó que a medida que aumenta la edad, aumenta el número de adultos mayores que trabajan en el sector primario o agrícola, paralelamente al descenso de la cantidad de personas en los sectores secundario y terciario. La gravedad de ese hecho es que comúnmente los trabajos del sector primario son actividades por las que se obtienen menos ingresos, además de que requieren un mayor esfuerzo físico.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, 2002; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**, México, 2001; SEDESOL, **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2007; INAPAM, **Programa Pensión para Adultos Mayores 2013**, México 2013, e INAPAM, **Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores**, México, 2010; SEDESOL, **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015.

El problema de las opciones de empleo de las personas adultas mayores incluye dos vertientes: un asunto de participación laboral, que implica la decisión de seguir o no trabajando; y un tema de inserción laboral, relativo a las condiciones de los empleos que desempeñan los adultos mayores. La participación laboral es problemática en cuanto a los obstáculos para satisfacer el deseo de permanecer activo, y en cuanto a insuficiente protección social que orilla a que los adultos mayores opten por extender su vida laboral. La inserción laboral guarda inconvenientes como la preponderancia del empleo informal, los empleos de mala calidad y la discriminación laboral.

El tema de las opciones de empleo revistió importancia en los diagnósticos gubernamentales, siendo los más precisos los elaborados por el INAPAM, en los que se identificó la existencia de obstáculos para el acceso y la plena integración de los adultos mayores en el mercado laboral; la falta de oportunidades de capacitación para mejorar sus competencias; problemas para incorporarse al sector formal; discriminación y desvaloración, y a estos factores se añadió la pobreza y la baja cobertura de los sistemas de pensiones. El diagnóstico del INAPAM de 2015 amplió el conocimiento de los factores al determinar la relación entre el aumento de la edad en la población de adultos mayores y el tipo de sector económico en el que se emplean, donde el agrícola es preponderante. Sin embargo, la falta, hasta 2014, de un diagnóstico integral sobre la situación laboral de la población adulta mayor, ha obstaculizado la implementación de estrategias que permitan establecer acciones específicas para que los adultos mayores accedan a trabajos remunerados de acuerdo con sus capacidades.

2.2.5. Satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa

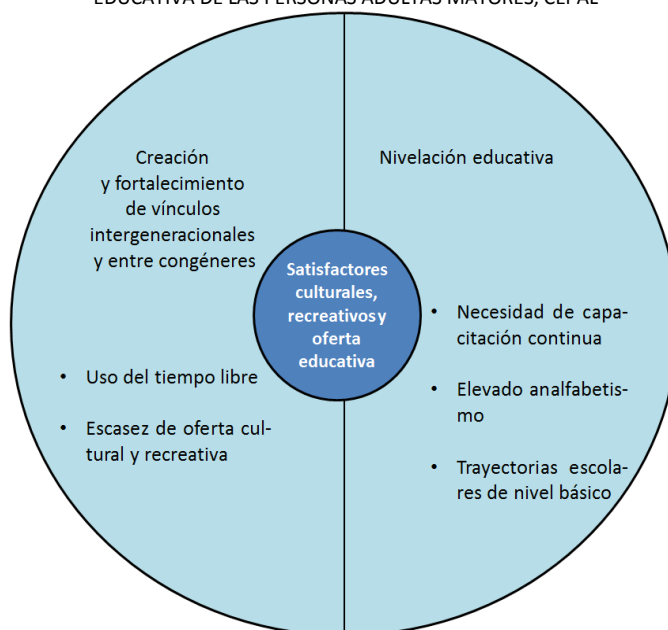
La CEPAL definió que para las personas adultas mayores el derecho a la educación y la cultura “debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: a) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos; y b) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes.”^{78/} Desde esa acotación, el diagnóstico del problema de los satisfactores culturales y recreativos y de la oferta educativa debe acentuar el acceso a la educación continua, además de que los servicios educativos de nivelación que para los adultos mayores resultan ser un contrapeso a trayectorias educativas

^{78/} CEPAL, *Op. Cit.*, p. 28.

básicas, e incluso el analfabetismo; e igualmente, se debe observar el modo en que se crea o fortalece el vínculo intergeneracional mediante las experiencias educativas y culturales compartidas entre adultos mayores y los estratos jóvenes de la población, así como de las comunidades de congéneres que favorecen la recreación.

El esquema de los factores que conforman el problema en materia de satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa se presenta a continuación:

ESQUEMA DE LOS FACTORES DE LOS SATISFACTORES CULTURALES, RECREATIVOS Y LA OFERTA EDUCATIVA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, CEPAL



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en CEPAL, **Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.**

A continuación se presentan los diagnósticos de la problemática referente a los satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa para las personas adultas mayores:

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LOS SATISFACTORES CULTURALES, RECREATIVOS Y LA OFERTA EDUCATIVA PARA LOS ADULTOS MAYORES, 2001-2014

Exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2001. - Los adultos mayores reclaman la valoración de sus capacidades, experiencias y su derecho a continuar activos, desarrollándose cultural y productivamente. - El nivel educativo de las personas adultas mayores es bajo, en gran medida porque la expansión del sistema educativo no benefició a esas generaciones. Ser adulto mayor se percibe, de forma negativa, como encontrarse en una etapa improductiva con poca o nula aportación económica, lo que deriva en discriminación cultural y laboral.
Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. No existe una política general integral e incluyente que fortalezca e incorpore a los diversos grupos de personas más desfavorecidos, como las personas adultas mayores, al aprovechamiento de los satisfactores culturales.
Plan Nacional de Educación 2001-2006. El creciente número de adultos mayores tenía que acompañarse de un aumento de los servicios, incluidos los de naturaleza educativa, que brinden nuevos motivos para aprovechar la experiencia adquirida por esos adultos a lo largo de su vida, en beneficio de las nuevas generaciones, para desarrollar nuevas modalidades de disfrute de los bienes de la cultura y de la creatividad, y para utilizar la educación como un medio para mejorar las condiciones de bienestar personal y colectivo.
Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, ONU, 2002. Las expectativas de las personas de edad y las necesidades económicas de la sociedad exigen que ese grupo de la población pueda participar en la vida cultural de sus sociedades, como un medio para la creación de vínculos intergeneracionales. Asimismo, se refirió a que los adultos mayores deben seguir teniendo la oportunidad de acceder a la educación y programas de capacitación, ya que la habilitación de las personas de edad y la promoción de su plena participación son elementos imprescindibles para un envejecimiento activo.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Existe la urgencia de asociar el disfrute del tiempo libre con las manifestaciones artísticas y culturales, mediante el fortalecimiento de programas de difusión cultural entre grupos y sectores de la población, como las personas adultas mayores, que por distintas causas han permanecido lejos de las manifestaciones culturales y artísticas, insistiendo en el carácter recreativo y placentero del arte y la cultura. Hace falta fortalecer el acceso a la educación a los adultos mayores, acorde con sus necesidades.
Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2010. Las actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación contribuyen directamente a ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Asimismo, se observó la importancia de generar espacios en los que se fomenten diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social, debido a que combaten el aislamiento social y la soledad en la vejez, los cuales están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental. También se recalcó el hecho de que las carencias económicas que padecen muchos adultos mayores les suponen un impedimento para disfrutar de actividades culturales y recreativas.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. El rezago educativo es mayor entre los individuos con mayor edad, y dentro de ese grupo etario, los jubilados y pensionados presentan un rezago educativo menor, respecto de aquellos que no cuentan con tales beneficios. En el grupo de adultos mayores de 65 años en adelante el rezago educativo alcanza 66.2%; sin embargo, entre los adultos mayores sin pensión o jubilación el rezago educativo es mayor (75.1 %), y por género el 73.9% de las mujeres y el 76.9% de los hombres presentan rezago educativo.
Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, INAPAM, 2015. Las personas, al pasar por la etapa de jubilación, suelen ocuparse en actividades de tipo recreativo; por ello es necesario impulsar el desarrollo físico, humano y cultural de las personas adultas mayores; sin embargo, el escaso fomento de acciones públicas y la exclusión limita el impacto de las actividades de esparcimiento en los niveles de bienestar y de calidad de vida.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en ONU, **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, Madrid, 2002; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**, México, 2001; SEP, **Plan Nacional de Educación**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2007; INAPAM, **Programa Pensión para Adultos Mayores 2013**, México 2013, e INAPAM, **Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores**, México, 2010; SEDESOL, **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015.

En síntesis, en el periodo 2002-2014, el problema sobre los satisfactores culturales y la oferta educativa para los adultos mayores se centró en las demandas sobre la creación y

fortalecimiento de vínculos intergeneracionales y entre congéneres, y la nivelación educativa en relación con los demás grupos de la población.

En el documento “Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores”, publicado en 2010 por el INAPAM, se enfatizó en la importancia de la participación en la vida cultural, debido a que se combate el aislamiento social y la soledad que suelen padecer los adultos mayores; y respecto de la oferta educativa, subrayó su importancia para tener una vida activa y saludable, así como por ser un medio para fortalecer la independencia personal.

No obstante, los diagnósticos gubernamentales carecieron de la información cuantitativa y cualitativa necesaria sobre el problema, lo cual frena la implementación de estrategias y acciones que posibiliten el pleno desarrollo cultural e intelectual de los adultos mayores.

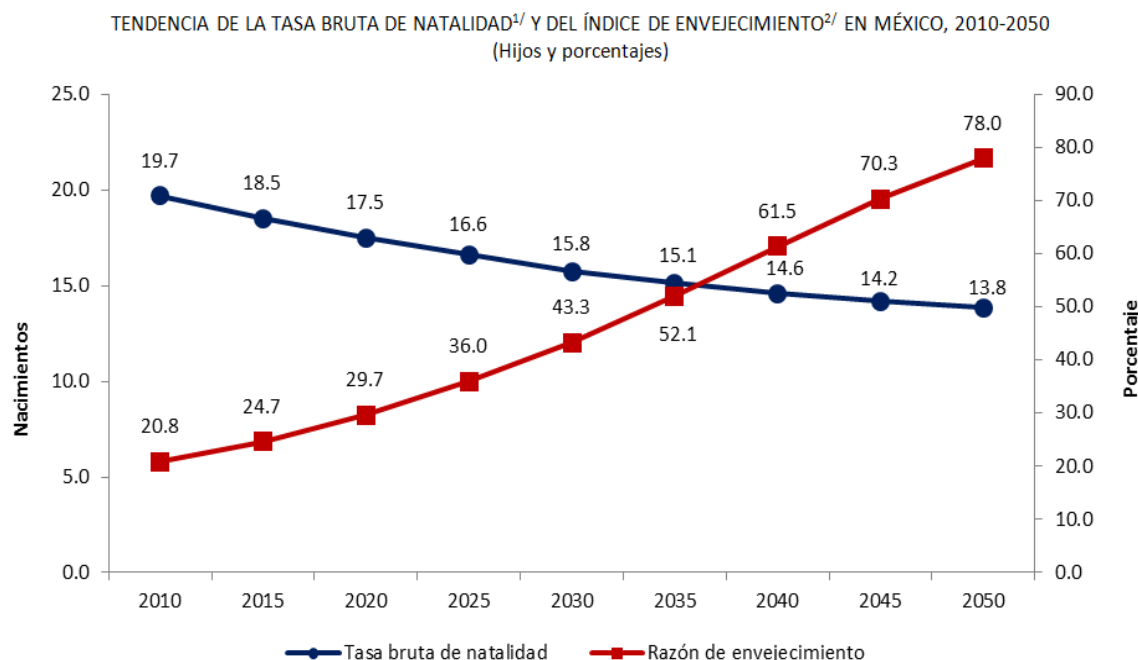
2.3. La sostenibilidad del sistema de seguridad social en el mediano y largo plazos

En México, el proceso de envejecimiento demográfico es un fenómeno que se intensificará en las próximas décadas, ya que las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020.^{79/} Esto se reflejará en el engrosamiento de la población de adultos mayores hacia la mitad del presente siglo; se estima que en 2050 la población total será de 150,837.5 miles de personas, de las cuales el 21.5% (32,427.2 miles) serán personas adultas mayores. La proporción de mujeres que pertenecerá a este grupo etario será de 56.1%, frente a un 43.9% de hombres.^{80/}

El crecimiento de la población de adultos mayores alcanzará para la mitad del presente siglo una razón de 78 adultos por cada 100 personas menores de 15 años, como se muestra en la gráfica siguiente:

^{79/} Elena Zúñiga y Daniel Vega, **Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI**, Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, 2004, p. 22.

^{80/} Consejo Nacional de Población, **Consulta Interactiva de Indicadores Demográficos** Disponible en < [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Consultas Interactivas](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Consultas_Interactivas) >, consultado el 16 de junio de 2015.



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

1/ La tasa bruta de natalidad es una medida general de la intensidad de los nacimientos en una población en un periodo de tiempo, que resulta del cociente de los nacimientos entre la población a mitad del año expresada por mil.

2/ Para el cálculo de este índice se utilizó la fórmula convencional de personas de 65 años y más entre las personas menores de 15 años, multiplicado por 100.

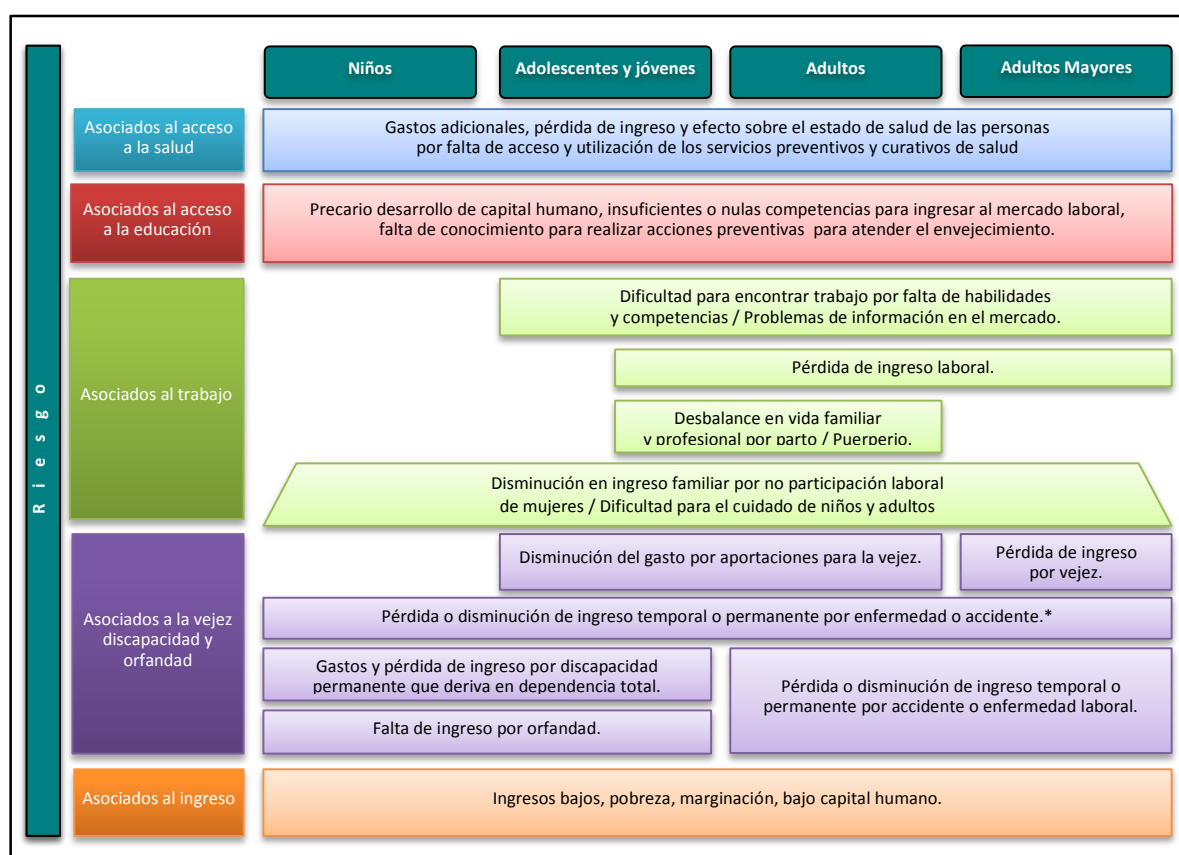
Entre 2010 y 2050, el índice de envejecimiento se incrementará en 275.0%, al pasar de 20.8% a 78.0%, lo que significa que en el país habrá cerca de 80 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años. Si para el cálculo de esta indicador se toma como base a la población total de adultos mayores (personas con 60 años y más), a partir del año 2048 la relación entre estos dos grupos poblacionales se inclinará en favor de los adultos mayores, alcanzado una razón de 104 a 100 para 2050. Además, este fenómeno se acelerará por el descenso en la tasa de natalidad, la que tendrá una reducción de 29.9%, al pasar de 19.7 a 13.8 nacimientos por cada 100 habitantes en el periodo 2010-2050.

Esta transición demográfica por sí misma no es problemática, ya que representa el comportamiento de las transferencias intergeneracionales, pero su aumento sistemático amenaza la sostenibilidad del sistema de seguridad social,^{81/} orientado a las personas adultas mayores en la medida que implica un gasto económico y social creciente que la sociedad no

^{81/} Aunque no existe un acuerdo unánime, en el marco internacional la seguridad social se define como la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. Organización Internacional del Trabajo, **Hechos concretos sobre la seguridad social**. Disponible en < http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf >.

estaría preparada para afrontar. Pero el incremento acelerado del envejecimiento poblacional no sólo compromete el financiamiento de la protección de la vejez, sino también la calidad de la misma, toda vez que supondría el imperativo de reducir el alcance de la protección, demorar el inicio de la protección con el aumento de la edad jubilatoria, o bien delegar en el mercado una protección que el Estado no podría asumir.^{82/} Los principales riesgos derivados de la falta de protección social a lo largo de la vida se precisan en el esquema siguiente:

PRINCIPALES RIESGOS ASOCIADOS A LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL CURSO DE VIDA



FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, **Evaluación Estratégica de Protección Social en México**, México, 2013.

* Se consideran situaciones en las que una enfermedad o accidente imposibilita a las personas a realizar una actividad económica remunerada, tales como ceguera, sordera, parálisis o falta de un miembro específico, entre otros. En el caso de los menores de edad y los adultos mayores, este riesgo se refiere a la situación en la que éstos tienen una discapacidad o una enfermedad que exige que un integrante del hogar deje de trabajar para dedicarse a su cuidado; o bien, que podría contribuir al gasto doméstico deje de hacerlo para ocuparse de su cuidado.

En el esquema, los rectángulos más largos indican que la presencia de estos riesgos favorecen la prevalencia de situaciones adversas que impiden el cumplimiento del derecho a la seguridad social; por ejemplo, todos los individuos a lo largo de su ciclo de vida pueden enfrentar gastos

^{82/} María Sol Torres Minoldo y Enrique Peláez, “El envejecimiento demográfico, ¿final de la seguridad social? análisis en Argentina y Latinoamérica”, en Aposta. Revista de ciencias sociales, núm. 54, Julio, Agosto y Septiembre 2012. Disponible en < <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/minoldo.pdf> >.

adicionales para el pago de servicios médicos, con la consecuente pérdida de ingreso y un efecto sobre su estado de salud, debido a falta de acceso efectivo a los servicios preventivos de salud.

Si bien estos riesgos, al igual que sus efectos, son susceptibles de presentarse en cualquier etapa de la vida, tienden a potenciarse en la vejez,^{83/} ya que se trata de una edad en que se prevé que gran parte de los adultos mayores padecerá de privaciones y enfrentará obstáculos para el acceso adecuado y suficiente a los satisfactores básicos, como consecuencia de factores sociodemográfico-estructurales (sexo, lugar de residencia, nivel educativo, nivel de ingresos), pero también de los efectos diferidos de experiencias anteriores, derivados de la forma como han accedido a beneficios y como han enfrentado riesgos en el pasado.^{84/}

Por ello, el envejecimiento de la población representará un problema de gran relevancia para el sistema de protección social porque implicará el incremento del número de personas de mayor edad, quienes impondrán nuevas demandas al sistema de salud y de pensiones en la medida en que aumente su esperanza de vida y se modifique el perfil epidemiológico. Ambos sistemas podrían comprometer su sustentabilidad financiera como consecuencia del incremento sostenido de la demanda de apoyos y servicios formales de cuidado para personas de edad, así como para enfermos crónicos, por un lado, y de la exigencia de mayores recursos para cumplir con los compromisos pensionarios, por el otro.^{85/}

Frente al incremento de las demandas que se espera traerá el envejecimiento de la población en México, es importante que el enfoque de la protección social no sólo se concentre en la atención de corto plazo de los eventos críticos y sus efectos inmediatos en la vida de las personas, sino que también incluya políticas y acciones de promoción para reducir los efectos de más largo plazo que la transición intergeneracional acarreará para las personas cuyo ciclo vital esté determinado por la pobreza y las vulnerabilidades asociadas con ésta.^{86/} Las políticas

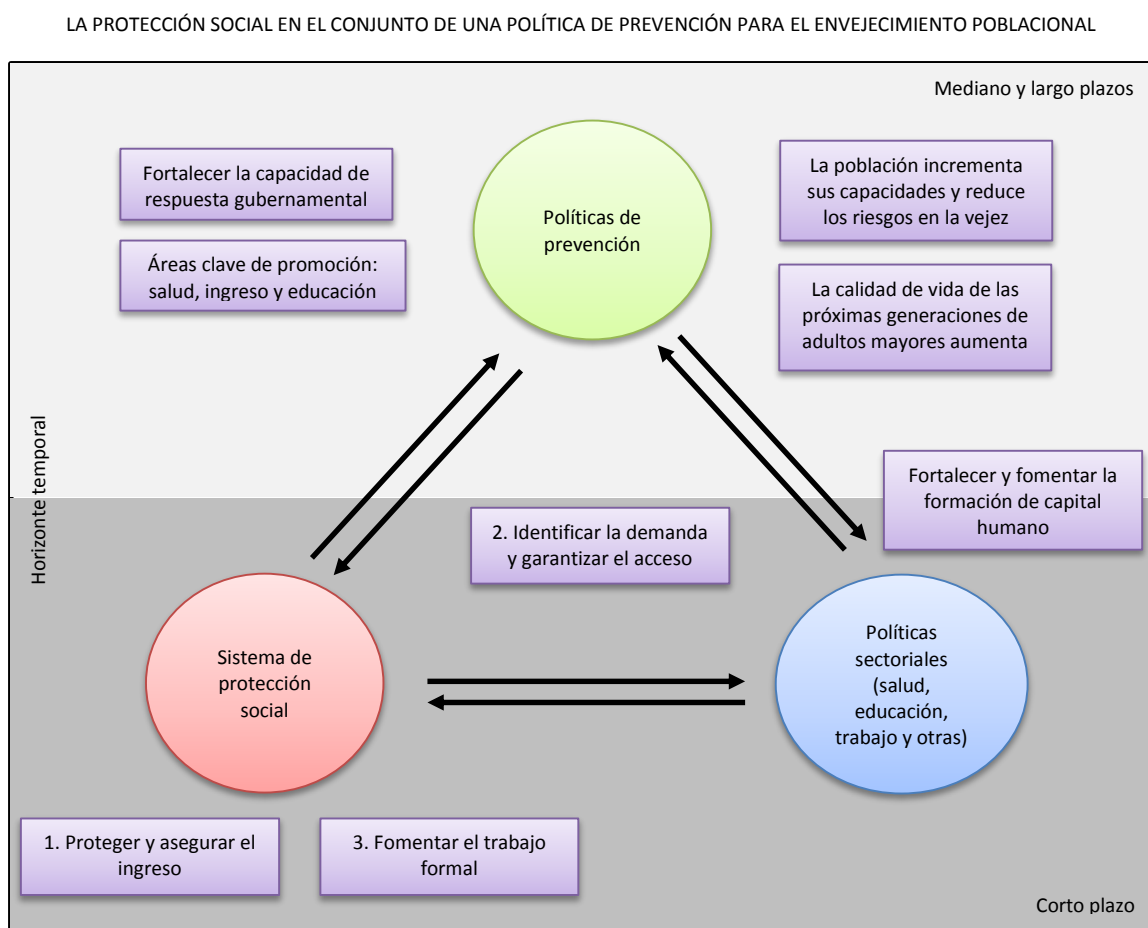
^{83/} El trayecto o ciclo vital se refiere al momento de la vida en el que se encuentran los sujetos envejecidos y las personas que los rodean, ya que la interrelación de los ciclos de vida de los diferentes miembros de la familia de cada adulto mayor determina tanto las cargas que deben sobrellevar como las posibilidades de ayuda de las que podrían disponer. Las biografías personales aluden directamente a la trayectoria laboral de las personas mayores, en lo que respecta a la suficiencia de cotizaciones que hayan logrado acumular al momento de llegar a la edad de retiro, así como a su capacidad de acceder a un empleo en la edad avanzada. Sandra Huenchuan, **Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe**, CEPAL, Santiago de Chile, 2013, p. 64.

^{84/} Simone Cecchini, et al. (editores), **Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización**, CEPAL, Santiago de Chile, 2015, p. 226.

^{85/} **Ibid.**, p. 228.

^{86/} Simone Cecchini y Rodrigo Martínez, **Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos**, CEPAL, Santiago de Chile, 2011, p. 41.

de promoción se integran, entonces, por acciones encaminadas al desarrollo de capacidades (como el fortalecimiento del capital humano por medio de la educación y la capacitación) o del mejoramiento de las condiciones del contexto en que las personas han de desenvolverse (salud e ingreso, por ejemplo). En consecuencia, existen tres condicionantes que se integran al proceso de envejecimiento y que definirán la calidad de vejez que afrontarán las personas: las previsiones en salud, en ingresos y en educación para la vejez.^{87/} La interrelación de los elementos señalados se muestra en el esquema siguiente:



FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en Simone Cecchini y Rodrigo Martínez, **Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos**, CEPAL, Santiago de Chile, 2011.

A continuación se analiza la conceptualización gubernamental del problema de la sostenibilidad del sistema de seguridad social en el mediano y largo plazos

^{87/} Asamblea General de las Naciones Unidas, **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento**, Nueva York, 1983, Disponible en < <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf> >.

DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
 EN EL MEDIANO PLAZO, 2001-2014

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. - El perfil demográfico de México se acercaba rápidamente hacia su envejecimiento. En el año 2000 había 4,852.5 miles de personas con 65 y más años, los cuales representaban alrededor de 5.0% de la población total, su acelerado ritmo de crecimiento (3.7% anual) podría lograr que en 2030 uno de cada ocho personas alcanzaría la adultez mayor, con la correspondiente repercusión social y económica. - El escenario demográfico y la transición epidemiológica constituyen un fenómeno que demandará profundas reformas en las estrategias, alcance, funcionamiento y organización del sector salud; impondrá fuertes presiones sobre la infraestructura económica y social; desafiará la viabilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad social, y exigirá una cuantiosa reasignación de recursos para proporcionar pensiones suficientes.
Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2001-2006. - El envejecimiento poblacional tiene importantes repercusiones sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, pero también respecto del bienestar de los adultos mayores y de los grupos más jóvenes, particularmente en lo relativo al tema de los sistemas de pensión y jubilación y al de los cuidados en la salud de largo plazo. - Los costos de los programas para la atención de los adultos mayores pueden ser muy elevados, debido a la falta de planeación y control de calidad de los servicios, así como a la falta de educación para la cultura de la prevención y el logro de un envejecimiento saludable.
Exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2002. - Solamente el 6.0% de las personas adultas mayores en México cuenta con una jubilación o pensión, por demás insuficiente, que no alcanza a cubrir sus necesidades básicas. - De no atender el reto de formular una estrategia integral que permita la atención de las necesidades de los adultos mayores actuales y futuros, el panorama de vulnerabilidad no será diferente para las próximas generaciones de personas mayores.
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. El acelerado crecimiento del grupo de adultos mayores implicaría la reducción del número de personas que aportan recursos al conjunto social, y que la transición de enfermedades transmisibles a las no transmisibles está íntimamente relacionada con el envejecimiento de la población. Para 2030 la población de adultos mayores representará el 12.0% de la población total, y tendría como principales problemas la demanda de servicios en salud.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Entre los efectos del envejecimiento de la población se encuentra el incremento de las necesidades de salud, que se asocian con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social.
Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2007-2012. Existe una tendencia hacia un crecimiento poblacional de adultos mayores, el cual es atribuible al aumento de la esperanza de vida, proceso que tiene como consecuencia, el incremento de diversas enfermedades, particularmente las de tipo crónico-degenerativo. Igualmente, se señaló que estos padecimientos, así como sus consecuencias, son resultado de procesos iniciados varias décadas atrás, por lo que su prevención requiere de intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones, por lo cual deberán detectarse y atenderse de manera oportuna, ya que si bien esto no elimina la patología, sí ofrece ganancia en años de vida saludable con mejor calidad de vida.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, lo cual pone en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas de salud.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018. El envejecimiento poblacional, en paralelo con estilos de vida no saludables, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipercalóricas, se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles.
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. En las próximas décadas aumentará de manera importante el tamaño de la población de 65 años o más, por lo que al rezago actual en materia de cobertura de los sistemas de pensiones se sumará el crecimiento acelerado de este grupo etario.

**DIAGNÓSTICOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN EL MEDIANO PLAZO, 2001-2014**

Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2013-2018. México se perfila como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más, ya que este grupo poblacional presenta un incremento acelerado, el cual se estima llegará al 30.0% de la población total en 2050. Este cambio demográfico traerá importantes consecuencias principalmente en el área de salud, puesto que se espera un aumento paulatino en el número de casos de enfermedades crónicas no transmisibles, resultado de la carga genética y de estilos de vida no saludables.
Programa Pensión para Adultos Mayores, SEDESOL, 2013. - El principal problema de los adultos mayores sin pensión o jubilación contributiva es la vulnerabilidad derivada de bajos ingresos y el acelerado deterioro de la salud de los cerca de 7 millones de adultos mayores contabilizados en 2010, únicamente 1.3 millones de ellos eran pensionados o jubilados y 5.7 millones no percibían ingresos por concepto de pensión o jubilación contributiva. - A pesar de que el sistema de pensiones fue reformado, en 1995 para el caso del IMSS y en 2007 para el ISSSTE, con el fin de garantizar la viabilidad financiera del sistema, aún queda pendiente instrumentar medidas para ampliar la cobertura a la población no pensionada. - En materia de salud, si bien las enfermedades crónico-degenerativas se presentan o se agravan en la vejez, estas afecciones frecuentemente son consecuencia de factores de riesgos comunes y modificables: la alimentación poco saludable, la inactividad física, el consumo de alcohol o tabaco, y la ausencia de control y prevención de complicaciones de enfermedades.
Programa Nacional de Desarrollo Social 2014-2018. La implementación de programas de pensiones no contributivas es una política pública que para ser sostenible en el mediano y largo plazos demandará que la inversión pública en seguridad social se dé en un marco de disciplina fiscal.
Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, INAPAM, 2015. - Las personas, al pasar por la etapa de jubilación, suelen ocuparse en actividades de tipo recreativo; por ello es necesario impulsar el desarrollo físico, humano y cultural de las personas adultas mayores; sin embargo, el escaso fomento de acciones públicas y la exclusión limita el impacto de las actividades de esparcimiento en los niveles de bienestar y de calidad de vida. - El incremento de la esperanza de vida de las personas adultas mayores está asociada a una menor calidad de vida, debido particularmente a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidades que tienden a intensificarse conforme transcurre el envejecimiento de la población. - Un porcentaje cada vez mayor de los recursos públicos deberá canalizarse al pago de los sistemas de salud y pensiones, puesto que el número de adultos mayores mantendrá una tendencia creciente. - Falta de ingresos públicos al disminuir la población económicamente activa que aporta al financiamiento de dichos sistemas.

Fuente: Elaborado por la ASF, con base en **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**, México, 2001; SS, **Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento 2001-2006**, México, 2001; Cámara de Senadores, **Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, México, 2001; **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**, México, 2001; SS, **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**, México, 2007; SS, **Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2007-2012**, México, 2007; SEDESOL, **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015; **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**, México, 2013; SS, **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**, México, 2013; SEDESOL, **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018**, México, 2013; SEDESOL, **Programa Nacional de Desarrollo Social 2013-2018**, México, 2014; SS, **Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2013-2018**, México, 2013; SEDESOL, **Programa Pensión para Adultos Mayores 2013**, México, 2013, e INAPAM, **Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales**, México, 2015;

La definición del problema público en relación con la dimensión del envejecimiento poblacional no se ha modificado a lo largo del periodo de análisis; los diversos documentos oficiales coinciden en reconocer que los problemas de salud e ingreso que enfrentarán las próximas generaciones de personas adultas mayores constituirán un riesgo para los sistemas de salud y pensionario, en el primer caso por la exigencia constante de servicios ante el incremento en la prevalencia de enfermedades, y en el segundo, por la necesidad de otorgar un ingreso mínimo

al cada vez más numeroso grupo de adultos mayores sin acceso a una pensión de tipo contributiva.

No se estableció una definición estructurada del problema público, ya que únicamente se presentan evaluaciones parciales y aisladas; en la mayoría de los casos éstas se limitaron a señalar el proceso de transición demográfica que vive el país y que este fenómeno tendrá como consecuencia el aumento en la demanda de servicios de salud. Las causas de este fenómeno sólo son mencionadas pero no explicadas o cuantificadas; tampoco se definieron ni ponderaron los efectos que el envejecimiento poblacional traerá aparejados en el largo plazo para el sistema de salud y el de pensiones.

Lo anterior evidencia que los responsables de la política pública han carecido de los insumos adecuados, suficientes y pertinentes para tomar decisiones sustentadas sobre el estado del problema público y adoptar las estrategias y acciones para prevenir la morbilidad crónica-degenerativa y la pobreza en la vejez de las siguientes generaciones de adultos mayores.

En relación con el sistema de salud, se reconoció que la exigencia creciente de servicios de salud específicos para los adultos mayores, consecuencia del envejecimiento poblacional, producirá un escenario de vulnerabilidad; sin embargo, los diversos diagnósticos carecieron de información para precisar las debilidades y riesgos que enfrenta y pondrá en peligro la sustentabilidad financiera de dicho sistema.

Respecto del sistema pensionario, los diagnósticos señalaron que la principal problemática que enfrenta y enfrentará en el mediano y largo plazos, es la cobertura y la suficiencia de las pensiones para cubrir los gastos de las personas adultas mayores. Dicha circunstancia obedece al incremento de adultos mayores que trascurrieron su vida laboral sin acceso a la seguridad social o con ingresos precarios que no les permitieron un ahorro suficiente. Sin embargo, en los diagnósticos se reconoce que no existe información para determinar el número de personas que al final de su vida laboral no accederán a una pensión o de las estimaciones sobre la tasa de reemplazo^{88/} que alcanzará las que sí accederán al pago de una pensión; igualmente, no se incluyó información para conocer si el monto de ahorro de los trabajadores actuales es el

^{88/} El concepto de tasa de reemplazo hace referencia a la relación entre el nivel de la pensión recibida y cierto nivel de ingresos previo del trabajador (por ejemplo el último salario). Está expresado en forma de porcentaje para representar la pensión sobre el ingreso percibido por el trabajador. Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **¿Qué factores determinan mi pensión? Una visión sobre las tasas de reemplazo.** Disponible en < <http://www.consar.gob.mx/BLOG/-tasasreemplazo-01.aspx> >.

requerido para gozar de una tasa de reemplazo suficiente para afrontar el costo de vida en la vejez.

El énfasis gubernamental en el tema de las pensiones no contributivas, particularmente por lograr su universalidad, resta importancia a los problemas que impiden que las personas en edad productiva ingresen al mercado formal de trabajo y abonen para su pensión de retiro. Además, no existe un diagnóstico sólido, confiable y actualizable sobre el costo fiscal que representará, en las próximas décadas, el otorgamiento de estas transferencias; un análisis de suficiencia para determinar el nivel de compensación por falta de ingreso que las pensiones sociales tendrán en los adultos mayores que serán beneficiados en el futuro, y las previsiones para obtener los ingresos necesarios para el financiamiento de este programa.

Respecto de la educación para la vejez, ésta no fue incluida como parte del problema y no es pensada como medio de prevención a lo largo del trayecto vital de las personas, incluso para las que están cerca de la adultez mayor o las que ya forman parte de este grupo poblacional; situación que es congruente con la visión de corto plazo explícita en los documentos oficiales, la cual identifica el problema según las condiciones actuales que tienen las personas adultas mayores, pero no define la problemática que vivirán las próximas generaciones de adultos mayores ni el número de personas que enfrentarán su vejez en condiciones adversas de continuar la política pública la tendencia observada.

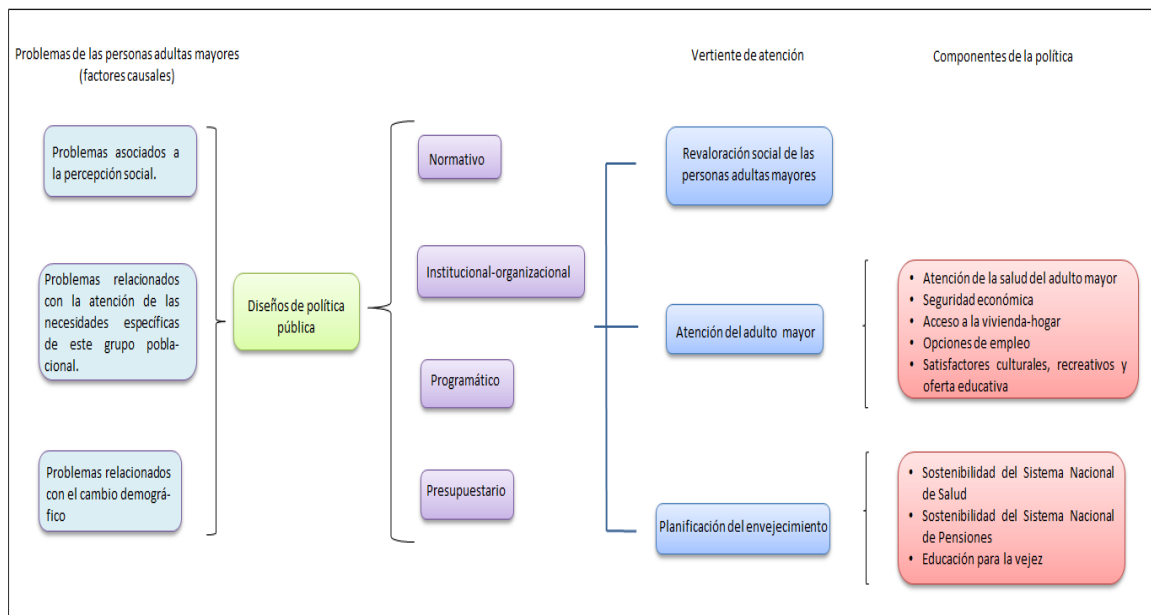
En general, la identificación del problema público de las personas adultas mayores realizada por el Gobierno Federal carece de una adecuada conceptualización y cuantificación de los diversos factores que integran el problema, ya que las definiciones realizadas son heterogéneas, disociadas, desactualizadas y dispersas, por lo que hasta el momento no se ha realizado un diagnóstico integral, articulado y consistente para conceptualizar y cuantificar los componentes y las variables que intervienen en el problema público, lo cual impide conocer las causas que lo originan, los efectos imputables a éste y, eventualmente, diseñar estrategias para controlar y erradicar dicha problemática.

3. Diseño de la política pública de atención a las personas adultas mayores

El diseño de una política pública representa el plan de acción que el gobierno ha decidido implementar para atender el problema identificado. El diseño se conforma por cuatro componentes: el marco normativo que regula la actuación del Estado y su responsabilidad en torno al tema, establecido en la Constitución, los tratados internacionales y las leyes, entre otros; el diseño institucional-organizacional, referente al conjunto de dependencias y entidades que participan en la implementación de la política pública y que se identifica principalmente en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y los reglamentos internos de cada organismo en el que se establece su ámbito de actuación; el diseño programático, plasmado en los planes y programas del Gobierno Federal, en el que se definen los objetivos, las estrategias y las líneas de acción que se deberán seguir para afrontar el problema, y el diseño presupuestario, correspondiente a la asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos y estrategias programadas, comprometida en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Los cuatro componentes del diseño de la política pública se analizan en el contexto de las vertientes definidas por el Gobierno Federal para dar respuesta a la problemática identificada, como se muestra en el esquema siguiente:

EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES



FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en la abducción del diseño de la política pública de atención a las personas adultas mayores.

3.1. Diseño normativo

A continuación se presenta el análisis del diseño normativo de la política pública de atención a las personas adultas mayores, con base en los documentos legales que regulan la atención de ese grupo etario en sus componentes de revaloración social de las personas adultas mayores; atención del adulto mayor, y la planificación del envejecimiento.

3.1.1. La revaloración social de las personas adultas mayores

La revaloración social de la población adulta mayor tiene consecuencias importantes en su calidad de vida, ya que normalmente está asociada a su exclusión, su discriminación y a la violación de sus derechos fundamentales, lo cual resulta contrario a los principios consagrados en la Constitución y en los Tratados Internacionales.

Este fenómeno ha adquirido el rango de problema público, debido a su ocurrencia sistemática y a sus consecuencias sociales; su atención y erradicación como responsabilidad del Estado ha sido incorporada en el marco normativo, tanto nacional como internacional, como se presenta en el cuadro siguiente:

DISEÑO NORMATIVO PARA LA REVALORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias				
	PAIME	LDPAM	LGDS	LGIPD	LGV	LFPED
Art. 1. Todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales. Queda prohibida toda discriminación motivada por [...] edad [...].	Asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales promoviendo la aplicación de los convenios y convenciones de derechos humanos y otros instrumentos en la lucha contra todas las formas de discriminación.	Art. 10. Fomentar en la sociedad una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, con el fin de evitar toda forma de discriminación.	Art. 2. Queda prohibida cualquier práctica discriminatoria en la prestación de los bienes y servicios contenidos en los programas para el desarrollo social.	Art. 1. El Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.	Art. 5. Se reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, [...] se reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas.	Art. 2. Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Se deberán eliminar aquellos obstáculos que limitan en los hechos su ejercicio e impidan el desarrollo de las personas y su participación en la vida política, económica, cultural y social del país

FUENTE: **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley General de Desarrollo Social (LGDS); Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (LGIPD); Ley General de Víctimas (LGV), y Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED).**

La CPEUM, en su primer artículo y párrafo, otorga la igualdad para todas las personas; dicha igualdad se debe materializar mediante el ejercicio de los derechos humanos; no obstante, en respuesta al problema de la desvaloración social de las personas adultas mayores, en 2011 se adicionó un tercer párrafo al artículo 1, para hacer explícita la prohibición de la discriminación, en la que se incluye la motivada por la edad.

En concordancia con la Constitución, en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se reitera la necesidad de asegurar el goce de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y la lucha contra la discriminación.

Con la publicación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en 2002, se especificaron las acciones que el Estado debería emprender para dar cumplimiento de los preceptos constitucionales. En este contexto, de acuerdo con la ley se deberá fomentar el aprecio a la vejez, para lograr su trato digno, favorecer su revaloración y su plena integración social.

Si bien la publicación de la LDPAM representó un parteaguas en la construcción de una política para la atención de la población adulta mayor, no ha sido suficiente para atender el problema,

debido a los vacíos que en materia de responsabilidades se observan en la ley, y a la falta de vinculación con la normativa de las distintas dependencias y entidades que, de acuerdo con la propia ley deben participar en la política pública. Por ejemplo, no es claro quién o quiénes serán las dependencias o entidades responsables del diseño y la implementación de las estrategias dirigidas a la revaloración social de la población adulta mayor. Igualmente, existen otras leyes que de manera general incluyen a las personas adultas mayores en la protección de derechos referentes a la valoración social en los temas de discriminación y atención a grupos vulnerables; sin embargo, estos documentos se encuentran desvinculados de los mandatos establecidos en la LDPAM.

3.1.2. Atención del adulto mayor

La CPEUM, los tratados internacionales y las leyes generales tienen el objetivo social de garantizar los derechos fundamentales a todos los individuos sin distinción alguna; sin embargo, ante la falta de cumplimiento de los preceptos establecidos en el marco jurídico general nacional e internacional, que principalmente afecta a la población vulnerable, como es el caso de la población adulta mayor, ha sido necesario enfatizar la obligación del Estado de garantizar dichos derechos mediante la adopción de tratados internacionales y leyes específicas.

A continuación se presenta el marco jurídico que busca garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores en materia de servicios de salud; seguridad económica; vivienda-hogar; opciones de empleo y satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa.

3.1.2.1. Atención de la salud del adulto mayor

Para atender el problema de los servicios de salud, el Gobierno Federal dispuso de los preceptos siguientes:

DISEÑO NORMATIVO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias					
	PAIME	LDPAM	LFPED	LGS	LSS	LISSSTE	LAS
Art. 4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.	Fomentar el acceso universal a los servicios de salud. Vincular las acciones de salud con las dirigidas a la desigualdad económica y social.	Art. 5. Garantizar a las PAM el acceso preferente a los servicios de salud, para mejorar sus condiciones de bienestar físico y mental.	Art. 9 Garantizar la prestación de servicios de atención médica.	Art. 3. Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, proporcionándoles servicios preferentes, en conjunción con servicios de carácter preventivo.	Arts. 110 y 155 Garantizar el derecho a la salud, a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual. Proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad.	Art. 27. Establecer un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de las PAM, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad.	Art.12. Proporcionar asistencia social preferente a las PAM, incluyendo la atención en establecimientos especializados a las PAM en estado de abandono y desamparo, así como la promoción de su bienestar.

FUENTE: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED); Ley General de Salud (LGS); Ley del Seguro Social (LSS); Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE), y Ley de Asistencia Social (LAS).

PAM: Personas Adultas Mayores.

Para el acceso a los servicios de salud, el diseño normativo constituyó un andamiaje común entre la CPEUM, los tratados internacionales y las leyes secundarias; los ordenamientos establecen la garantía del derecho a la salud de las personas adultas mayores, para lo cual se debe promover su acceso preferente a los servicios de salud, los cuales deben incluir la protección y la prevención de enfermedades y discapacidades. Los ordenamientos en materia de salud de los adultos mayores se dirigen a garantizar este derecho no sólo a la población derechohabiente de la seguridad social, sino en general a toda la población que no cuente con ese beneficio. Además, se precisó que los servicios de salud deben tener como principios rectores la calidad, la oportunidad y la equidad.

El marco jurídico es general, carece de especificidad sobre las responsabilidades y la coordinación entre los ámbitos de competencia de las normas y las dependencias y entidades que participan en la política.

3.1.2.2. Seguridad económica

En lo que respecta al diseño normativo para la seguridad económica de los adultos mayores, el mandato se definió de la forma siguiente:

DISEÑO NORMATIVO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias					
	PAIME	LDPAM	LFPED	LSS	LISSSTE	LAS	LGDS
Art.25 Garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, mediante una justa distribución del ingreso y la riqueza.	Promover programas de seguridad social universal con beneficio de pensión.	Art. 5. Garantizar la asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia. Llevar a cabo programas compensatorios dirigidos a beneficiar a las PAM en situación de rezago.	Art. 2. Eliminar los obstáculos que limiten el pleno desarrollo, de sus capacidades, así como la participación de las PAM en la vida económica.	Art.2. Garantizar el derecho a la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión.	Art.92. Otorgar una pensión garantizada por cesantía en edad avanzada.	Arts. 3 y 4. Realizar acciones dirigidas a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral de los individuos en desventaja, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.	Arts. 6,7 y 11. Realizar acciones para disminuir la desventaja de las PAM. Garantizar la prestación de programas de desarrollo social y la igualdad de oportunidades.

FUENTE: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED); Ley del Seguro Social (LSS); Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE); Ley de Asistencia Social (LAS), y Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

PAM: Personas Adultas Mayores.

El derecho a la seguridad económica de las personas adultas mayores se desprende del mandato constitucional relativo a garantizar una distribución justa del ingreso y la riqueza, el cual se refleja en los tratados internacionales y en las leyes secundarias.

Si bien el conjunto de los ordenamientos presentan congruencia en torno a la necesidad de procurar un nivel de ingreso para los adultos mayores que les permita desarrollarse y nivele su condición de desventaja, los ordenamientos carecen de mecanismos de cooperación necesarios para implementar una política integral en esta materia.

3.1.2.3. Acceso a una vivienda-hogar

Respecto del derecho de los adultos mayores de disfrutar una vivienda-hogar dignos, el diseño normativo se conformó del modo siguiente:

DISEÑO NORMATIVO PARA GARANTIZAR EL ACCESO LA VIVIENDA-HOGAR DEL ADULTO MAYOR, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias		
	PAIME	LDPAM	LGDS	LV
Art. 4 Toda familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y decorosa.	Mejorar la asequibilidad y el diseño de la vivienda.	Art. 5. Garantizar a las PAM su derecho a vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con necesidades y requerimientos, en donde ejerzan libremente sus derechos.	Art. 6. Garantizar el derecho para el desarrollo social de la vivienda.	Art. 6. Promover oportunidades de acceso a la vivienda, preferentemente a la población que se encuentre en situación de pobreza, marginación o vulnerabilidad.

FUENTE: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley General de Desarrollo Social (LGDS), y Ley de Vivienda (LV).

En cuanto a la garantía de acceder a una vivienda-hogar para los adultos mayores, el punto de partida del diseño normativo fue el mandato constitucional del derecho a la vivienda digna y decorosa; no obstante, el PAIME fue más allá y estableció que no basta con garantizar una vivienda digna, sino que ésta debe ser asequible para la población adulta mayor, lo que implicaría modificaciones en su diseño. En correspondencia con este tratado internacional, la LDPAM establece que la vivienda de los adultos mayores debe ser segura, digna y decorosa. La LGDS y la LV enfatizan que la vivienda es un derecho social que debe garantizarse prioritariamente a la población vulnerable. No obstante, el marco jurídico no define el tipo de acciones que se deben realizar para garantizar el cumplimiento del mandato.

3.1.2.4. Opciones de empleo

El diseño normativo para asegurar a las personas adultas mayores las opciones de empleo fue el siguiente:

DISEÑO NORMATIVO PARA PROPORCIONAR OPCIONES DE EMPLEO A LOS ADULTOS MAYORES, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias		
	PAIME	LDPAM	LFPED	LFT
Art.25 Garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable mediante el empleo. Toda persona tiene derecho al empleo digno.	Permitir que los adultos mayores continúen trabajando.	Art. 5. Garantizar a las PAM la igualdad de oportunidad en el acceso al trabajo que les permita un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen.	Art. 2. Eliminar los obstáculos que limiten el pleno desarrollo de sus capacidades, así como la participación de las PAM en la vida económica.	Art. 2. Propiciar el trabajo digno en todas las relaciones laborales, combatiendo la discriminación por edad, y la seguridad social, salarios dignos, y condiciones óptimas de seguridad e higiene.

FUENTE: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), y Ley Federal del Trabajo (LFT).

PAM: Personas Adultas Mayores.

La CPEUM define al empleo como un derecho de toda persona; los tratados internacionales y la legislación secundaria han hecho explícita la necesidad de poner especial énfasis en garantizar este derecho a la población adulta mayor; el marco normativo reconoce los problemas que este grupo poblacional enfrenta en el terreno laboral, y la creciente demanda de empleos. Los ordenamientos jurídicos en torno al tema del empleo de la población adulta mayor proponen la creación de empleos dignos, el combate a la discriminación, los salarios justos y las condiciones adecuadas; sin embargo, no se establecen los tramos de responsabilidad, ni los mecanismos de coordinación para cumplir dicho mandato.

3.1.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa

En lo concerniente a los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa de las personas adultas mayores, el diseño normativo se definió de la forma siguiente:

DISEÑO NORMATIVO PARA GARANTIZAR SATISFACTORES CULTURALES Y RECREATIVOS,
 Y LA OFERTA EDUCATIVA A LOS ADULTOS MAYORES, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias		
	PAIME	LDPAM	LGDS	LGE
Art.3. Toda persona tiene derecho a la cultura y la educación.	Fomentar la igualdad de oportunidades educativas. Fortalecer los canales de transmisión de conocimientos y experiencia de los adultos mayores.	Art. 5. Garantizar a las PAM el derecho a la educación, y la participación en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.	Art. 6. Garantizar el derecho para el desarrollo social de la educación y los relativos a la no discriminación.	Art. 43. Proporcionar servicios educativos especializados a individuos de quince años o más que no hayan cursado o concluido la educación primaria y secundaria.

FUENTE: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME); Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); Ley General de Desarrollo Social (LGDS), y Ley General de Educación (LGE).

PAM: Personas Adultas Mayores.

El diseño normativo para los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa de los adultos mayores mostró congruencia entre el mandato constitucional, relativo al derecho general a la cultura y la educación, y los señalamientos internacionales referentes a la equidad educativa y los canales de transmisión de conocimiento; ese precepto fue incluido en la LDPAM, precisando, además de la educación, la participación cultural y deportiva. Asimismo, la LGDS y la Ley General de Educación aluden al derecho a la educación sin incluir el derecho a la cultura. Aunado a esa debilidad, el diseño normativo no definió los mecanismos de

colaboración entre las instancias encargadas de la implementación de este componente de la política pública.

En conclusión, el marco jurídico que protege y busca garantizar los derechos de la población adulta mayor ha ido evolucionando, en respuesta al surgimiento y agudización de las problemáticas que impiden el pleno ejercicio de sus derechos. En un principio, al igual que para cualquier ciudadano, los derechos a la salud, la seguridad económica, la vivienda, el empleo y los satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa estaban incluidos en la CPEUM; sin embargo, la vulnerabilidad que, por las circunstancias propias de la edad, aqueja a este grupo de población, aunado a la situación de pobreza en la que vive casi la mitad de la población nacional, cuyo efecto se agudiza en la población adulta mayor, ha provocado la construcción de un marco jurídico adicional al marco general, cuyo objetivo es establecer, como mandato de ley, la obligación y responsabilidad del Estado de garantizar dichos derechos.

El marco normativo que establece la obligación del Estado de asegurar, de manera prioritaria, la atención de las necesidades fundamentales de la población adulta mayor se conforma por la CPEUM; el tratado internacional específico, denominado Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y tres leyes secundarias, dentro de las que destaca la LDPAM, la cual trata de estructurar el conjunto de normas para garantizar los derechos de las personas adultas mayores. Sin embargo, a pesar de la incorporación de diversos elementos incluidos en las leyes secundarias, se observa una carencia de armonización, debido a que no se establece la vinculación y coordinación entre los distintos ordenamientos; tampoco se especifican los mecanismos para dar cumplimiento a los ordenamientos, ni los niveles de responsabilidad, por lo que el diseño normativo de la política se encuentra inconcluso, sobre todo porque no existe un reglamento que concrete los mandatos de la LDPAM.

3.1.3. Planificación del envejecimiento poblacional

El problema del envejecimiento constituye un fenómeno cuya trascendencia rebasa el plano individual y compete al conjunto social; además, trasciende el horizonte temporal presente para situar su incidencia en el futuro, puesto que la transición demográfica y epidemiológica que presenta el país actualmente, caracterizada por el incremento del número de personas

adultas mayores que accede a su vejez en condiciones de morbilidad, discapacidad y de falta o escasez de ingresos, se agudizará en los próximos años.

Este fenómeno poblacional ha trastocado la dinámica del Estado, ya que ahora no sólo debe enfocarse en el desarrollo económico y social del país como condición para generalizar el bienestar inmediato de su población, sino que deberá planificar^{89/} políticas y medidas preventivas para, en el mediano y largo plazos, garantizar la atención de las necesidades de las próximas generaciones de adultos mayores.

Además de la necesidad de implementar medidas preventivas en los principales temas que afectan a los adultos mayores, como son los de salud y pensiones, el Estado deberá concentrarse en la reducción de los riesgos propios de una edad avanzada, mediante la educación para la vejez de la población general desde las edades más tempranas, con el fin de concientizarla sobre la importancia de prepararse para su vejez dentro de un enfoque integral de plan de vida.

Ante las exigencias del presente escenario demográfico y epidemiológico, estos temas han cobrado relevancia e inclusive se ha incorporado como disposiciones en el marco jurídico tanto, nacional como internacional, aunque aún de manera insuficiente, fragmentada y dispersa.

3.1.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

El marco normativo para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se presenta en el cuadro siguiente:

^{89/} De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el concepto de planificación se refiere al proceso por el que se definen los objetivos de mediano y largo plazo de una organización, así como los planes de recursos para alcanzarlos. En materia de envejecimiento, la ONU señala la importancia de realizar la planificación anticipada para asimilar el tránsito demográfico al desarrollo de las naciones, ya que este proceso favorece la toma de decisiones en torno al quehacer actual y al camino que se debe recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que impondrá el envejecimiento poblacional, así como lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se espera deberán proveer. Para los efectos de esta evaluación se entenderá por “planificación” un plan general con efectos vinculantes para los que de él dependen, metódicamente organizado y de gran amplitud que persigue la consecución de un objetivo determinado, y que considera para su éxito los factores externos, los costos de su implementación, así como su evaluación y retroalimentación permanente; el término “planeación” será utilizado como sinónimo. **Planificación estratégica en el sistema de las Naciones Unidas**, Ginebra, 2012 y **Estudio Económico y Social Mundial, 2007. El desarrollo en un mundo que envejece**, Nuevo York, 2008.

DISEÑO NORMATIVO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias				
	PAIME	LP	LDPAM	LGS	LSS	LISSSTE
Art. 4: Garantiza el derecho universal a la salud.	El Estado debe adoptar formas de intervención temprana para impedir o posponer la aparición de enfermedades y discapacidades; por medio de políticas de prevención y de promoción de la salud.	Art. 2: La planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país. Para ello deberá basarse en el principio de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, la atención de las necesidades básicas de la población y la mejoría, en todos los aspectos, de la calidad de la vida.	Art. 18: Los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud, a fin de favorecer un envejecimiento saludable.	Art. 6: El SNS debe contribuir al desarrollo demográfico armónico del país, así como a modificar los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud.	Arts. 110 y 272: El IMSS debe proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad de la población beneficiaria por medio de los servicios de medicina preventiva. Planear su gasto de manera que contribuya a mantener su estabilidad y equilibrio financiero en un horizonte de mediano y largo plazo, conforme a las tendencias demográficas y epidemiológicas de su población beneficiaria.	Arts. 28 y 33: El ISSSTE debe proporcionar servicios de atención médica preventiva, con el propósito de proteger la salud de sus derechohabientes. Además, debe diseñar, implantar y desarrollar un modelo y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes, y crear las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar su cumplimiento.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los documentos normativos referidos, publicados en el DOF.
 CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
 PAIME: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
 LP: Ley de Planeación.
 LDPAM: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
 LGS: Ley General de Salud.
 LSS: Ley del Seguro Social.
 LISSSTE: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La CPEUM establece el derecho universal a la salud; sin embargo, no fija la obligación de adoptar políticas y medidas para prevenir la aparición de enfermedades y promover la salud entre la población a lo largo del ciclo vital de cada persona.

Las recomendaciones del PAIME en materia de salud subrayaron la importancia de las medidas preventivas a edades tempranas para evitar o reducir la morbilidad en la vejez; dichas medidas suponen el combate de hábitos perjudiciales para la salud, como son dietas hipercalóricas de escaso contenido nutrimental; inactividad física; tabaquismo, y abuso de alcohol y medicamentos controlados.

En términos generales, la Ley de Planeación establece que mediante la planeación se debe buscar el desarrollo integral y sustentable del país; propone la obligación del Estado de definir

estrategias para prevenir los riesgos que conduzcan a que las instituciones públicas no cuenten con la capacidad de atender las necesidades básicas de la población, como son los servicios de salud.

En materia de previsión de la salud, la LDPAM dispone que las instituciones públicas del sector deben asegurar que los programas de salud se dirijan a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, e incorporar medidas de prevención y promoción de la salud, a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable; no obstante, no define los entes públicos involucrados, las acciones que cada uno debe realizar, ni los niveles de responsabilidad correspondientes.

La LGS señala que el SNS debe adoptar medidas previsionales que le permitan apoyar el desarrollo demográfico del país y la modificación de hábitos perniciosos para la salud; no obstante, estas disposiciones no especifican la finalidad que persiguen o el horizonte temporal de su aplicación. La LGS tampoco define los niveles de responsabilidad para cada integrante del sistema en el cumplimiento de estas disposiciones.

La LSS establece que el IMSS tiene el mandato de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad de la población beneficiaria, por medio de los servicios de medicina preventiva, que incluye entre otras cosas programas de promoción de la salud, educación higiénica y mejoramiento de la calidad de vida que aseguren costumbres y estilos de vida saludables; mientras que la LISSSTE señala que este instituto debe proporcionar servicios de atención médica preventiva, con el propósito de proteger la salud de sus derechohabientes, los cuales incluyen el control de enfermedades prevenibles por vacunación y de enfermedades transmisibles; los programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos; de educación para la salud; programas de combate a las adicciones; la salud bucal; la educación nutricional; la salud mental; el envejecimiento saludable; y la prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas. Aun cuando ambas leyes fijan la importancia de adoptar medidas de medicina preventiva, sólo la ley del ISSSTE tiene explícito el mandato de realizar acciones para un envejecimiento saludable, pero no establece el horizonte temporal de su aplicación, por lo que no es posible determinar en qué etapa de la vida se iniciaría la intervención profiláctica.

Tanto la LSS como la LISSSTE coinciden en la obligación de planear el otorgamiento de los servicios que prestan a partir de la valoración de la situación demográfica y epidemiológica de su población beneficiaria, a fin de asegurar su sostenibilidad financiera. Este elemento es fundamental en el contexto del envejecimiento demográfico si se pretende que en el mediano plazo el SNS sea sostenible; sin embargo, no está presente en la LGS, que es el principal ordenamiento en materia de salud, a diferencia de la LSS y la LISSSTE, que proponen una planeación estratégica y prospectiva, la primera apela únicamente a la prevención de la salud de los individuos.

3.1.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones

El marco normativo para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones se presenta a continuación:

DISEÑO NORMATIVO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias					
	PAIME	LP	LDPAM	LSS	LISSSTE	LSAR	LGDS
Art. 123: Garantiza el derecho a la seguridad social.	El Estado debe elaborar y aplicar políticas encaminadas a garantizar que todas las personas dispongan de una protección económica y social suficiente en la vejez, y asegurar la integridad, sostenibilidad, solvencia y transparencia de los planes de pensiones.	Art. 2: La planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país. Para ello deberá basarse en el principio de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, la atención de las necesidades básicas de la población y la mejoría, en todos los aspectos, de la calidad de vida.	Art. 6: Establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro.	Arts. 2 y 152 a 200: Uno de los componentes básicos de la seguridad social es la garantía pensionaria para los trabajadores que hayan cumplido con los requisitos legales previstos. El Estado otorgará a quienes cumplan con los requisitos previstos una pensión mínima garantizada. Se fijó una cuota social que debe cubrir mensualmente el Gobierno Federal por cada trabajador y día de salario cotizado. Se establece la posibilidad de incrementar el ahorro de los trabajadores por medio de aportaciones voluntarias.	Arts. 76 a 102: Uno de los componentes básicos de la seguridad social es la garantía pensionaria para los trabajadores que hayan cumplido con los requisitos legales previstos. El Estado otorgará a quienes cumplan con los requisitos previstos una pensión mínima garantizada. Se fijó una cuota social que debe cubrir mensualmente el Gobierno Federal por cada trabajador y día de salario cotizado. Se establece la posibilidad de incrementar el ahorro de los trabajadores, por medio de aportaciones voluntarias, y se incluye la figura del ahorro solidario.	Art. 123: Se deberán fomentar las aportaciones voluntarias y complementarias de retiro que realizan los trabajadores o los patronos. Las personas no afiliadas a algún sistema de seguridad tienen el derecho de abrir una cuenta individual en la administradora de fondos para el retiro de su preferencia.	Arts. 9 y 14: Se deben formular y aplicar políticas compensatorias y asistencialista, así como oportunidades de desarrollo productivo e ingreso en beneficio de las personas en situación de vulnerabilidad. La Política Nacional de Desarrollo Social deberá incluir las vertientes de seguridad social y programas asistenciales.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los documentos normativos referidos, publicados en el DOF.
 CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
 PAIME: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
 LP: Ley de Planeación.
 LDPAM: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
 LSS: Ley del Seguro Social.
 LISSSTE: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
 LSAR: Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
 LGDS: Ley General de Desarrollo Social.

La CPEUM establece como un derecho para los trabajadores del sector público y los trabajadores formales del sector privado el acceso a la seguridad social, la cual incluye la garantía pensionaria; no obstante, no fija la obligación de adoptar políticas y medidas preventivas para asegurar la sostenibilidad y universalidad del sistema de pensiones.

En el ámbito internacional, el PAIME señala que los Estados que suscriben deben asegurar un ingreso suficiente para todas las personas en la vejez, por medio de la inclusión a la seguridad social independientemente de su condición laboral (formal o informal) y fomentar el trabajo.

Entre las medidas planteadas destaca la de asegurar la integridad, sostenibilidad, solvencia y transparencia de los planes de pensiones. Este documento aborda un problema mayúsculo agudizado en nuestro país: las circunstancias adversas que enfrentarán los trabajadores informales en la vejez, debido a la carencia de una pensión que les garantice una protección económica.

El marco jurídico que regula las acciones para la planeación y el desarrollo social no considera el aspecto en materia de pensiones, es innegable que este tema es fundamental en la búsqueda de un desarrollo integral y sustentable que garantice las necesidades básicas de la población, tal como lo establece la propia ley.

La LDPAM fija la obligación del Estado de instrumentar programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro; sin embargo, no define el tipo de acciones ni las materias que pretende regular, respecto de la preparación para el retiro (ahorro, preparación para la jubilación, asesoría jurídica y salud) o cuáles sujetos son regulados (trabajadores formales o informales); no se indicaron los responsables de su cumplimiento, ni el tiempo en que se deberían ejecutar estas acciones (a lo largo de la vida laboral o cerca de la edad jubilatoria). Dada la imprecisión de esta disposición es incierto si su contenido pretende abordar el aspecto pensionario.

Las leyes que rigen a los principales institutos de seguridad social establecen que uno de los componentes básicos de la seguridad social es la garantía pensionaria para los trabajadores que hayan cumplido con los requisitos legales previstos: edad y densidad de cotización. Asimismo, señalan que el Estado asegurará a quienes cumplan con dichos requisitos una pensión garantizada por un monto mensual equivalente a un salario mínimo general vigente para el Distrito Federal (SMGVDF) para el caso de los trabajadores afiliados al IMSS, y de 3,034.0 pesos para el caso de los trabajadores afiliados al ISSSTE.

De acuerdo con la LSS, el financiamiento de este esquema de seguridad social en el IMSS corresponde a los patrones y el Gobierno Federal, quienes están obligados a enterar el importe de las cuotas obrero patronales y la aportación estatal del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. La LISSSTE prevé que el financiamiento lo cubrirán los trabajadores y las dependencias y entidades empleadoras. Para ambas pensiones se fijó una cuota social que debe cubrir mensualmente el Gobierno Federal por cada trabajador y día de salario cotizado.

En materia de previsión, ambas leyes establecen la posibilidad de incrementar el ahorro de los trabajadores por medio de aportaciones voluntarias.

La Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro reitera que, con el fin de incrementar la suficiencia de las pensiones que recibirán los trabajadores en el futuro, e incentivar el ahorro interno de largo plazo, establece el fomento de las aportaciones voluntarias y complementarias de retiro que puedan realizar los propios trabajadores o los patrones. También, señala que las personas no afiliadas a ningún sistema de seguridad tienen el derecho de abrir una cuenta individual en la Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) de su elección, con el propósito de contar con un ahorro individual que les permita tener una pensión.

En relación con las pensiones de tipo no contributivo, aun cuando no es específica en la materia, la LGDS señala la obligación de implementar políticas compensatorias que permitan una seguridad social mínima para la población vulnerable, como es el caso de los adultos mayores.

En conclusión, el marco jurídico establece el derecho de los trabajadores a una pensión y la obligación de implementar estrategias compensatorias para garantizar a la población adulta mayor que no goza de ese derecho de una mínima seguridad económica; sin embargo, no se prevé la obligación del Estado de realizar estudios dirigidos a lograr la sostenibilidad no sólo de los sistemas de pensiones contributivos, sino también de los no contributivos que actualmente son financiados, mediante el presupuesto de egresos anual, y cuya demanda continuará aumentando, debido al incremento del número de adultos mayores que no tendrán acceso a este esquema de seguridad social, lo cual traerá repercusiones en las finanzas públicas.

3.1.3.3. Educación para la vejez

Un elemento importante de la prevención del envejecimiento es el factor humano y está asociado con las medidas que toma cada individuo para afrontar en las mejores condiciones la vejez. La ley mandata para el Gobierno la responsabilidad de concientizar a la población por medio de la educación. Al respecto, el marco jurídico señala lo siguiente:

DISEÑO NORMATIVO DE LA EDUCACIÓN PARA LA VEJEZ, 2002-2014

CPEUM	Tratados internacionales	Leyes secundarias	
	PAIME	LDPAM	LGE
Art. 3: La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano.	Promover, mediante la educación pública, la comprensión del envejecimiento como una cuestión que interesa a toda la sociedad.	Art. 17: Incluir en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, contenidos sobre el proceso de envejecimiento.	Art. 7: La educación debe contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas. Además, desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los documentos normativos referidos, publicados en el DOF.
CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
PAIME: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
LP: Ley de Planeación.
LDPAM: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
LGE: Ley General de Educación.

La CPEUM establece el derecho universal a la educación, la cual deberá buscar el desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano, esta generalidad dota a la educación de atribuciones ilimitadas para incidir en la conciencia de los individuos, con el objetivo de lograr un desarrollo pleno en todos los ámbitos de su vida. Por ello, la educación tiene un papel relevante en la construcción de una cultura para el envejecimiento.

El PAIME señala que los gobiernos suscribientes deben promover, por medio de la educación, la comprensión del fenómeno del envejecimiento entre toda la población. En congruencia, la LDPAM establece la obligación de incluir en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, contenidos sobre el proceso de envejecimiento. Aunque esta disposición señala como responsable de su cumplimiento a la SEP.

La LGE establece que la educación que imparte el Estado deberá cumplir con los objetivos de contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas, y el de desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud.

Aunque la normativa que regula el funcionamiento del sistema educativo no contiene disposiciones relacionadas explícitamente con el fenómeno del envejecimiento poblacional, ni con el desarrollo e incorporación de contenidos de educación para la vejez en los programas y planes de estudio de todos los niveles educativos que señala la LDPAM, los objetivos de la LGE

contienen disposiciones de carácter preventivo que podrían armonizarse con el mandato contenido el LDPAM.

La CPEUM fija el derecho universal a la salud y a la educación, pero no así el derecho a la seguridad social, que incluye los esquemas pensionarios, el cual depende de la condición laboral. Sin embargo, no establece la obligación de adoptar previsiones en materia de salud, de pensiones y de educación con el fin de contribuir a la cultura de un envejecimiento en condiciones óptimas para todas las personas.

El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento define un enfoque holístico para la atención del envejecimiento poblacional; sin embargo, no cuenta con carácter vinculatorio para obligar a los Estados firmantes a llevar a cabo políticas integrales para la atención del envejecimiento como un proceso inherente a la trayectoria vital de todos los individuos, y cuyo cumplimiento incida en el respeto y ejercicio de los derechos de los adultos mayores presentes y futuros.

Aun cuando la LP establece la obligación del Estado para realizar la planeación nacional, como medio para el desarrollo integral y sustentable del país, no existen disposiciones específicas relacionadas con acciones de previsión de los sistemas de salud y de pensiones, con base en estudios de sostenibilidad a partir del análisis de la situación demográfica y epidemiológica presente y futura de la población, que le permitan al Estado prevenir la aparición de enfermedades y promover la salud de las personas entre los diferentes grupos de edad; garantizar la suficiencia financiera y la universalidad del sistema de pensiones, y preparar a la población en general, mediante la educación, para afrontar su vejez en condiciones óptimas.

La LDPAM se concentra en la atención de las necesidades inmediatas de este grupo poblacional, por lo que dicha norma no permite la conformación de una estructura jurídica integral sobre el envejecimiento. En el articulado de la LDPAM sólo se incluyeron tres disposiciones para fijar atribuciones con carácter preventivo ante el fenómeno del envejecimiento poblacional. Asimismo, esta ley no tiene reglamento, lo cual implica la falta de un ordenamiento que permita explicar, desarrollar o aclarar el contenido de esta ley, por lo que no existen las disposiciones necesarias para regular cómo se actualizarán los supuestos jurídicos señalados; y que los reglamentos de los entes públicos que intervienen (SEP, SS, IMSS

e ISSSTE) carecen de vinculación con la LDPAM, lo que evita precisar los responsables de su cumplimiento y el modo en que realizará el mandato establecido.

A la fecha no existe un documento normativo de carácter general y de alcance universal que establezca formal o explícitamente la conformación de un Sistema Nacional de Pensiones; actualmente su administración y operación se ampara en leyes específicas que regulan el acceso a este mecanismo de protección social. La falta de esta normativa permite la existencia de regímenes no contributivos que se financian con recursos fiscales.

A pesar de que existe una pensión mínima garantizada, la suficiencia de las pensiones recibidas y esperadas es incierta, ya que el acceso a este mecanismo no considera la fragilidad del mercado laboral para asegurar la densidad contributiva de los trabajadores (las cotizaciones necesarias de acuerdo con los requisitos definidos en la normativa aplicable), y el monto de las pensiones únicamente cubre las necesidades individuales mínimas.

No existe una legislación general para regular las pensiones no contributivas, por lo que existe incertidumbre jurídica sobre el derecho para acceder a este mecanismo de seguridad social; su suficiencia y financiamiento, o la coordinación o duplicidad entre los diferentes órdenes de gobierno que brindan este tipo de pensiones. En el ámbito federal, actualmente se transfieren de conformidad con las reglas de operación del programa que las administra.

A 2015 no existe un marco normativo integrado, explícito y específico que permita al Gobierno Federal adoptar una estrategia única para diseñar, implementar y evaluar políticas y medidas de carácter preventivo para afrontar las consecuencias que el envejecimiento poblacional tendrá en el mediano y largo plazos de mantenerse el actual perfil de transición demográfico y epidemiológico.

En síntesis, si bien el diseño normativo fue consistente con el problema público asociado al envejecimiento poblacional, ya que establece disposiciones de carácter previsional en las materias de salud, pensiones y educación, éste se encuentra disperso en diferentes ordenamientos no siempre congruentes entre sí, y porque no existe una regulación específica que integre y articule las normas en la materia que permitan al Estado adoptar una estrategia única para diseñar, implementar y evaluar políticas y medidas de carácter preventivo para afrontar las consecuencias que el envejecimiento poblacional tendrá en el mediano y largo

plazos, de mantenerse los principales determinantes que acompañan la transición demográfica.

Asimismo, la principal debilidad del actual diseño normativo radica en la falta de garantía sobre el acceso universal a la seguridad social, que incluye los esquemas pensionarios, ya que no figuran como un derecho constitucional y no existe regulación secundaria para normar la conformación de un Sistema Nacional de Pensiones que incluya tanto las modalidades contributivas como las no contributivas, y permita ordenar su administración, operación y financiamiento, así como garantizar su suficiencia y homogeneizar el paquete de beneficios que ofrecen.

3.2. Diseño institucional-organizacional

El diseño institucional-organizacional de la política pública de atención a la población adulta mayor se integra por el conjunto de dependencias y entidades que, de acuerdo con el marco normativo, tienen responsabilidades y atribuciones en dicha materia. La importancia del diseño institucional-organizacional radica no sólo en la existencia de instituciones responsables de dar solución a las problemáticas de la población adulta mayor, sino que dichas instituciones dispongan del andamiaje jurídico y de las competencias necesarias para incidir en la atención de este problema público.

A continuación se presenta el análisis del diseño institucional-organizacional de los tres componentes de la política de atención a la población adulta mayor: la revaloración social de las personas adultas mayores, la atención del adulto mayor y la planificación del envejecimiento poblacional.

3.2.1. La revaloración social de las personas adultas mayores

Con la publicación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) se integró el diseño institucional-organizacional general de la política pública, y se conformó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), como organismo rector de la

política nacional a favor de los adultos mayores. Asimismo, se designaron las dependencias y entidades que deberán participar en la política y sus obligaciones.

A continuación se presenta el diseño institucional-organizacional encargado de la estrategia de la revaloración social del adulto mayor:

DISEÑO INSTITUCIONAL ORGANIZACIONAL DE LA REVALORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2002-2014		
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones	Unidad(es) administrativa y responsabilidades específicas:
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2002)  El instituto fue creado en 2002, como organismo rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, así como procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores.	La LDPAM le confirió las atribuciones de: Elaborar y difundir campañas de comunicación para contribuir al fortalecimiento de los valores referidos a la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez, revalorizar los aportes de las personas adultas mayores en los ámbitos social, económico, laboral y familiar, así como promover la protección de los derechos de las personas adultas mayores y el reconocimiento a su experiencia y capacidades.	Manual General de Organización del INAPAM Subdirección de Comunicación Social Proponer el tema y la estrategia de las campañas de comunicación que se llevarán a cabo durante el año, para difundir entre la población objetivo, los beneficios de las actividades y servicios del instituto.
	Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a las personas adultas mayores en un clima de interrelación generacional, por medio de los medios masivos de comunicación.	Evaluar el impacto mediático de la campaña realizada en medios de comunicación impresos y electrónicos, en términos de idoneidad de los medios utilizados y transmisión adecuada de los mensajes.
	Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional.	Departamento de Gestión y Seguimiento Realizar actividades de sensibilización en instituciones públicas y privadas para apoyar y favorecer la inclusión de las personas adultas mayores.
	Promover la participación de las personas adultas mayores en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio.	Participar en actividades para promover la inclusión social de las personas adultas mayores en México.
	Proteger, asesorar, atender y orientar a las personas adultas mayores y presentar denuncias ante la autoridad competente.	Departamento de Asesoría Jurídica Atender las solicitudes de asesoría planteadas por las personas adultas mayores y, en su caso, canalizar a las instancias que correspondan, según su competencia.
Secretaría de Educación Pública (1921)  El 3 de octubre de 1921 se creó la SEP con el propósito de impulsar condiciones que permitan asegurar el acceso de toda la población a una educación de calidad, en el nivel y modalidad que la requieran y en el lugar donde la demanden.	En 2002, la LDPAM le confirió la atribución de: Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.	Manual General de Organización de la SEP No definido
Secretaría de Comunicaciones y Transportes (1959)  El 1 de enero de 1959 en sustitución de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas surgen las nuevas secretarías de Comunicaciones y Transportes y la de Obras Públicas con lo que se da respuesta a las exigencias en el ramo que se derivaron del adelanto socioeconómico y el incremento demográfico del país.	En 2002, la LDPAM le confirió la atribución de: El establecimiento de convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.	Manual General de Organización de la SCT No definido

Continúa...

...Continuación

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (1977)  El 13 de enero de 1977 se creó el SNDIF con el propósito de reunir en un solo organismo la responsabilidad de coordinar los programas gubernamentales de asistencia social y en general, las medidas a favor del bienestar de las familias mexicanas.	En 2002, la LDPAM le confirió la atribución de: - Instrumentar programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo. - Brindar servicios de asistencia y orientación jurídica en forma gratuita.	Manual General de Organización del SNDIF Dirección General de Integración Social - Establecer las políticas y estrategias en materia de prevención y atención de riesgos sociales, así como de programas de prevención y atención integral a personas sujetas de asistencia social. Dirección General de Integración Social - Proponer y colaborar con los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, el establecimiento de centros de asistencia social.
El Consejo Nacional para Prevenir La Discriminación (2003)  Creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el 11 de junio de 2003, como institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social, avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal	En 2003, la LFPED le confirió las atribuciones de: - Generar y promover políticas, programas, proyectos o acciones cuyo objetivo o resultado esté encaminado a la prevención y eliminación de la discriminación. - Promover el derecho a la no discriminación, mediante campañas de difusión y divulgación.	Manual General de Organización del CONAPRED Dirección General Adjunta de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación - Programar, dirigir, autorizar y evaluar la difusión de los avances, resultados e impactos de las políticas, programas y acciones en materia de prevención y eliminación de la discriminación, ante la sociedad. - Proponer, organizar, coordinar y aprobar el diseño e instrumentación de programas, y materiales educativos y audiovisuales, que sienten las bases para una reforma cultural a favor de la inclusión, la pluralidad, la tolerancia, el respeto y, en general, la igualdad en derechos, trato y acceso a las oportunidades de desarrollo.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2005)  El 6 de junio de 1990 se crea la CNDH como órgano responsable de proponer y vigilar el cumplimiento de la política nacional en materia de respeto y defensa a los derechos humanos, con el propósito de instrumentar los mecanismos necesarios de prevención, atención y coordinación, que garanticen la salvaguarda de los derechos humanos de los mexicanos y de los extranjeros que se encuentren en el territorio nacional.	En 1992, la LCNDH le confirió las atribuciones de: - Recibir quejas de presuntas violaciones a derechos humanos. - Conocer e investigar a petición de parte, o de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos en los siguientes casos: - Por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter federal. - Cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad. - Impulsar la observancia de los derechos humanos. - Promover el estudio, enseñanza y divulgación de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.	Manual General de la CNDH Primera Visitaduría General - Recibir, admitir o rechazar quejas e inconformidades presentadas por los afectados, sus representantes o los denunciantes ante la Comisión Nacional. - Realizar las actividades necesarias para lograr, por medio de la conciliación, la solución inmediata de las violaciones de derechos humanos que por su propia naturaleza así lo permitan. - Promover el respeto a los derechos humanos de las personas que son víctimas u ofendidos del delito, ante las instituciones públicas encargadas de brindarles atención.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en el DOF. la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; la **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED)**; la **Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (LCNAH)**; el **Decreto de creación de la SEP**; el **Decreto de creación del SNDIF**; el **Decreto de creación de la CNDH**; el **Manual General de Organización del INAPAM**; el **Manual General de Organización de la SEP**; el **Manual General de Organización del INAPAM**; el **Manual General de Organización del CONAPRED**; el **Manual General de Organización de la SCT**; el **Manual General de Organización del SNDIF**, y el **Manual General de Organización de la CNDH**.

Para llevar a cabo la estrategia de revaloración social del adulto mayor, la LDPAM dotó con atribuciones a dos dependencias: la SEP y la SCT; y a dos entidades: el INAPAM, creado por la propia ley, y el SNDIF.

El INAPAM concentra la mayor parte de las facultades para la puesta en marcha de este componente de la política de atención a la población adulta mayor. Dicho instituto debe elaborar y difundir campañas dirigidas a revalorar socialmente a este grupo poblacional; debe de promover, fomentar y difundir dichas campañas en los medios masivos de comunicación, y debe impulsar la participación de las personas adultas mayores en la vida pública; asimismo, dichas atribuciones se transfirieron al Manual General de Organización del INAPAM, en el que se definieron las unidades administrativas y sus responsabilidades específicas.

Respecto de las dos dependencias incorporadas en la LDPAM como partícipes en la revaloración social del adulto mayor, si bien se establece que la SEP deberá fomentar en toda la población la cultura y el aprecio a la vejez, y que la SCT deberá difundir las campañas en torno a este tema en los medios masivos de comunicación, estos ordenamientos no se incorporaron a los reglamentos interiores de cada dependencia, por lo tanto, no se definió una unidad responsable de dichas atribuciones; asimismo, no se especifican en la LDPAM los mecanismos de coordinación entre el INAPAM y las dependencias que participan para dar cumplimiento a las atribuciones que les fueron conferidas.

De acuerdo con la LDPAM, el SNDIF debe instrumentar programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo y desamparo; esta atribución se especifica también en su Manual General de Organización. Si bien existe consistencia entre la LDPAM y el marco regulatorio del SNDIF, ello se debe a que previo a la publicación de la ley, el SNDIF ya tenía atribuciones para la atención de este grupo vulnerable, lo que significa que no actualizó su marco regulatorio a partir de la ley. Asimismo, no se identificaron en sus normativas mecanismos de coordinación entre ambos organismos.

En síntesis, la LDPAM estableció que la estrategia de revaloración social del adulto mayor era responsabilidad del INAPAM, la SEP, la SCT y del SNDIF. A excepción del INAPAM, creado por la propia ley, la SEP, la SCT y el SNDIF no actualizaron su marco regulatorio para incorporar las atribuciones conferidas y definir la unidad administrativa responsable de ellas; además, la

LDPAM no define los mecanismos de coordinación entre las dependencias y entidades que participan en este componente de la política pública, por lo que el diseño institucional-organizacional se muestra inconcluso.

3.2.2. Atención del adulto mayor

A continuación se muestra el diseño institucional-organizacional para la vertiente de atención de las personas adultas mayores, en el cual se identifican los actores responsables y sus atribuciones por cada uno de sus componentes.

3.2.2.1. Atención de la salud del adulto mayor

De acuerdo con la LDPAM, las instituciones con atribuciones referentes a los servicios de salud de las personas adultas mayores son las siguientes:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR, 2002-2014		
Atribuciones para atender el problema definidas en la LDPAM	Corresponde a las instituciones públicas del sector salud: • Prestar servicios públicos de salud integrales y de calidad. • Implementar programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias. • Permitir el acceso a la atención médica a las personas adultas mayores con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel. • Promover la coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos. • Capacitar a los adultos mayores para promover su autocuidado.	
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema definidas en las leyes específicas	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad específica(s) encargada(s) de atender el problema
Secretaría de Salud (SS)  La exposición de motivos de la Ley General de Salud (LGS), publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en febrero de 1984, señaló que la salud no sólo es un valor biológico, sino que es un bien cultural y social cuya protección requiere la participación de la sociedad y del hombre en lo particular. En 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su denominación por Secretaría de Salud. La LGS establece que a la SS le corresponde promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.	LGS: • Proporcionar atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.	• No definidas
Instituto Nacional de Geriátría (INGER)  El Instituto de Geriátría se creó por decreto presidencial en 2008, con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población. En 2012 el instituto se convirtió en el INGER, obteniendo el carácter de organismo descentralizado de la SS.	MOEINGER: • Formar recursos humanos e investigar sobre el envejecimiento, las enfermedades y los cuidados del adulto mayor. • Proporcionar servicios de salud en aspectos preventivos. • Proporcionar servicios de consulta externa y de medicina geriátrica. • Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a la geriatría.	Dirección General • Autorizar programas de estudio e investigación geriátrica. • Establecer programas asistenciales para tratar aspectos de especialización geriátrica. Dirección de Investigación • Planear y coordinar acciones y programas de investigación científica para avanzar en el conocimiento de los problemas de salud de los adultos mayores. Dirección de Enseñanza y Divulgación • Integrar y supervisar los grupos de trabajo multidisciplinarios que permitan desarrollar los programas de investigación para mejorar la salud de los adultos mayores.

Continúa...

...Continuación

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  La exposición de motivos de la Ley del Seguro Social, publicada en el DOF en enero de 1943, con la que se creó el IMSS, señaló que la implantación del Seguro Social es una cuestión primordial en el país, porque auxilia al trabajador frente a padecimientos como enfermedades y la vejez. La misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias.	LSS: • Amparar a los pensionados por cesantía y vejez con atención médica.	• No definidas
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)  En 1959 se presentó la iniciativa de la Ley del ISSSTE, con la que se creó este organismo para responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían a los familiares de los trabajadores.	LISSSTE: • Establecer un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y maternidad y rehabilitación física y mental. • Proporcionar servicios gerontológicos y geriátricos.	Dirección Médica • Establecer programas de atención gerontológica.
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)  La exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002, señaló que a las desventajas sociales y laborales de los adultos mayores se agregan la enfermedad, la discapacidad y el deterioro moral y emocional, agudizando el proceso de desgaste; con ello, disminuye su autonomía. Su objetivo es procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores.	LDPAM y EOINAPAM: • Promover en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a los adultos mayores en materia de geriatría sea de calidad.	Dirección de Atención Geriátrica • Promover en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a los adultos mayores en materia de geriatría, en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumpla con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral.

FUENTE: Cuadro elaborado por la ASF con base en la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores** (LDPAM); la **Ley General de Salud** (LGS); el **Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Geriatría** (MOEINGER); la **Ley del Seguro Social** (LSS); la **Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** (LISSSTE), y el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores** (EOINAPAM).

Para la atención de la salud de los adultos mayores, la LDPAM establece, en términos generales, que las instituciones públicas del sector salud serán responsables de garantizar el derecho a la prestación de servicios de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de la salud médica en este grupo de población.

Las instituciones públicas del sector salud fueron creadas para dar cumplimiento al artículo 4º constitucional, en lo referente al derecho a la protección de la salud que debe tener toda persona, y se constituyeron antes de la publicación de la LDPAM. Entre las instituciones más importantes que participan en la atención de la salud de las personas adultas mayores se encuentran la SS, el IMSS y el ISSSTE.

La SS es la encargada de coordinar el Sistema Nacional de Salud, de conducir la política nacional en materia de salud y de proporcionar servicios de salud a toda la población, particularmente a la que no tiene acceso a la seguridad social, y que en el caso de los adultos mayores, en 2014 fueron a 1,644.6 miles, lo que representó el 14.1% de los 11,669.4 miles de personas de 60 años y más.^{90/}

Para la SS, al igual que para las demás instituciones del sector, la LDPAM establece atribuciones específicas para la atención especializada de las personas adultas mayores, y no obstante que la LGS no fue actualizada para incluir en el marco normativo de la dependencia dichas atribuciones y definir una unidad responsable de éstas. Con la creación en 2008 del INGER se buscó dar respuesta a la problemática en materia de salud de este grupo poblacional y, en el diseño, se definió la estructura institucional-organizacional que debería conducir la política de salud geriátrica nacional. Los avances en la creación jurídica del INGER, no se han materializado, como se analizará en el apartado de implementación.

El IMSS y el ISSSTE, al igual que las demás instituciones de seguridad social federales y estatales, dirigen sus estrategias, única y exclusivamente hacia su población derechohabiente; sin embargo, debido al porcentaje de adultos mayores que atienden (48.9% en conjunto en 2014), es importante analizar la estructura institucional de la que disponen para la atención de este grupo poblacional.

^{90/} Estimación realizada a partir de los datos de proyección poblacional del CONAPO y de los censos de población 2000 y 2010 del INEGI.

En el caso del IMSS, la LSS no provee una atención diferenciada y especializada para la población adulta mayor, ni la existencia de una unidad administrativa responsable de la atención geriátrica; en contraste, la LISSSTE establece la obligación de proporcionar servicios gerontológicos y geriátricos, y define la unidad administrativa responsable de establecer un programa de atención gerontológica, lo cual responde a que en 2007 la LISSSTE fue reformada.

Por último, la LDPAM faculta al INAPAM para coordinarse con las instituciones del sector salud con el fin de proporcionar atención geriátrica de calidad a la población adulta mayor; para ello dispondrá de la Dirección de Atención Geriátrica.

En síntesis, la LDPAM estableció directrices generales dirigidas, principalmente, a que todas las instituciones públicas del sector salud proporcionen servicios especializados de geriatría y gerontología a la población adulta mayor; sin embargo, la SS y el IMSS no actualizaron su marco normativo para responder a la problemática de este grupo poblacional, el único que estableció la obligación de implementar un programa de atención gerontológico fue el ISSSTE; y si bien, en 2008, se creó el INGER con el fin de favorecer al envejecimiento saludable en el ámbito nacional, dicho proyecto no se ha materializado, por lo que el diseño institucional para atender la salud de la población adulta mayor se muestra inconcluso.

3.2.2.2. Seguridad económica

El diseño institucional-organizacional para dar respuesta a la problemática de la seguridad económica de las personas adultas mayores se presenta a continuación:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA GARANTIZAR SEGURIDAD ECONÓMICA AL ADULTO MAYOR, 2002-2014		
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema (LDPAM)	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad específica(s) encargada(s) de atender el problema
Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)  En 1992, con la modificación a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se conformó la SEDESOL, con el objetivo de formular, conducir y evaluar la política general de desarrollo social.	LDPAM: - Fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a las personas adultas mayores. - Establecer convenios de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados para acciones de atención dirigidas a las personas adultas mayores.	MOGSEDESOL: Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios Operar los programas de desarrollo social encomendados, con la finalidad de contribuir a brindar oportunidades de alcanzar y mantener un nivel de vida con calidad y dignidad a los grupos vulnerables, como parte del desarrollo humano integral.
Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT)  El origen de la actual SCT se encuentra en el año de 1959, al separarse la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y Obras Públicas para dar respuesta a las exigencias en el ramo que se derivaron del adelanto socioeconómico y el incremento demográfico del país. El objetivo de la SCT es formular y conducir las políticas y programas para el desarrollo del transporte y las comunicaciones de acuerdo a las necesidades del país.	LDPAM: - Garantizar el derecho permanente a obtener descuentos o exenciones de pago al hacer uso del servicio de transporte de servicio público. - Establecer convenios con aerolíneas y empresas de transporte terrestre y marítimo, nacional e internacional, para que otorguen tarifas preferenciales a las personas adultas mayores.	MGOSCT: No definidas
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)  La exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002, y con que se conformó el INAPAM, señaló que el peso de las crisis económicas cíclicas y recurrentes y de la política económica aplicada durante los últimos veinte años ha recaído en este sector cuya edad los margina del empleo y los ingresos que pudieran mitigar sus carencias.	LDPAM: - Establecer convenios con los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes, para obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que presten a la comunidad a favor de las personas adultas mayores. - Expedir credenciales de afiliación a las personas adultas mayores, con el fin de que gocen de beneficios económicos.	EOINAPAM: Dirección de Programas Estatales Elaborar y supervisar los programas encaminados a mejorar la situación económica de los adultos mayores, dándoles acceso a descuentos especiales en los bienes y servicios de uso o consumo cotidiano.

Continúa...

...Continuación

El objetivo del INAPAM es procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste el proceso tendiente a brindar a este sector de la población asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.		

FUENTE: Cuadro elaborado por la ASF con base en la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; la **Ley General de Desarrollo Social (LGDS)**; el **Manual de Organización General de la Secretaría de Desarrollo Social (MOGSEDESOL)**; el **Manual de Organización de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (MGOSCT)**, y el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (EOINAPAM)**.

De acuerdo con lo mandatado en la LDPAM, tres son los operadores de la política con atribuciones para atender la problemática de la seguridad económica de los adultos mayores: la SEDESOL, con un objetivo general de conducir el desarrollo social en el país, y con atribuciones para implementar programas y establecer convenios orientados a la atención de las personas adultas mayores; la SCT, con el objetivo general de conducir la política pública de las comunicaciones y transportes, disponiendo de atribuciones especiales para promover tarifas preferenciales a los adultos mayores en los servicios de transporte, y el INAPAM, que tiene el objetivo específico de procurar el desarrollo humano integral, buscando la reducción de la desigualdad social de ese grupo etario frente a los demás sectores de la sociedad, para lo cual se le asignaron atribuciones para concertar convenios con los que se obtengan descuentos económicos especiales, y la expedición de tarjetas de afiliación para ofrecer dichos beneficios a su población objetivo.

Las atribuciones en la LDPAM para la SEDESOL y la SCT no se contraponen a sus objetivos, debido a que éstos son generales, los marcos normativos de estas dependencias no han sido actualizados para incorporar el mandato establecido en dicha ley; no obstante, en el caso de la SEDESOL, y por la naturaleza de su objetivo, dispone de la Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios para instrumentar programas de atención a las personas adultas mayores.

Tanto la SEDESOL como la SCT, en su carácter de secretarías de Estado, tuvieron un origen ajeno a la preocupación particular por la problemática que aqueja a las personas adultas mayores, por lo que no se puede establecer una vinculación directa entre su participación y

una acción para adecuarse o coordinarse con lo dispuesto en la LDPAM, por lo que la propia ley no especifica los canales de comunicación para ello.

En lo que respecta al INAPAM, existe inconsistencia entre el objetivo de la entidad y la atribución conferida en materia de seguridad económica ya que, por un lado, su objetivo propone el combate a las desigualdades externas y que sus atribuciones se limitan a la afiliación mediante la emisión de tarjetas. En contraste, la LDPAM dota a la SEDESOL de facultades para implementar programas sociales para atender la problemática de la economía de los adultos mayores, lo que significa la existencia de una organización jerárquica invertida, en relación con el papel rector que debería manifestar el INAPAM.

En síntesis, para garantizar la seguridad económica a la población adulta mayor, la LDPAM dotó de facultades a la SEDESOL, a la SCT y al INAPAM. De acuerdo con el marco jurídico, la SEDESOL es el principal actor en esta materia, ya que tiene la responsabilidad de implementar programas dirigidos a mantener un nivel de vida con calidad y dignidad; la SCT tiene el mandato de implementar estrategias para otorgar tarifas preferenciales a este grupo de la población, en los servicios de transporte; no obstante, no se actualizó la normativa administrativa responsable de cumplir con el mandato, y el INAPAM, aun cuando tiene el objetivo de reducir las desigualdades externas, sus atribuciones se restringen a dos cosas: la afiliación de adultos mayores y la emisión de una tarjeta para obtener descuentos en bienes y servicios.

3.2.2.3. Acceso a una vivienda-hogar

Los operadores de la política para la atención del problema de la vivienda-hogar de los adultos mayores son los siguientes:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA VIVIENDA-HOGAR AL ADULTO MAYOR, 2002-2014		
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema (LDPAM y leyes específicas de los actores)	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad específica(s) encargada(s) de atender el problema
Instituciones públicas de vivienda de interés social La LDPAM no las define.	LDPAM: - Realizar las acciones necesarias, a fin de concretar programas de vivienda, que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella. - El acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.	Comisión Nacional de Vivienda No definidas
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)  Su decreto de creación data de 1977, y obedeció a la necesidad de contar con una instancia para coordinar los programas y acciones gubernamentales a favor del bienestar de las familias mexicanas. El objetivo del SNDIF es brindar asistencia social para el desarrollo de la familia y la comunidad.	LDPAM: - Llevar a cabo programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlas al núcleo familiar o albergarlas en instituciones adecuadas. Estatuto Orgánico DIF - Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de adultos mayores.	MGOSNDIF: Dirección General de Integración Social Participar en el diseño y desarrollo de modelos de atención integral, orientados a la prestación de servicios a adultos mayores sujetos de asistencia social.
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)  La exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002, y con la que se creó el INAPAM, señaló que el peso de las crisis económicas cíclicas y recurrentes y de la política económica aplicada durante los últimos veinte años ha recaído en este sector cuya edad los margina del empleo y los ingresos que pudieran mitigar sus carencias.	LDPAM: Promover que la prestación de los servicios y atención que se brinde a las personas adultas mayores en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral.	EOINAPAM: Dirección de Programas Estatales Inspeccionar, supervisar, certificar, acreditar, verificar, vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas que se dediquen a la atención de las personas adultas mayores, en cualesquiera de sus modalidades de albergues, asilos, casas de reposo, residencias de día, casas hogar o cualquier otro centro de atención de los adultos mayores.

Continúa...

...Continuación

El objetivo del INAPAM es procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste el proceso tendiente a brindar a ese sector de la población asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.		
Comisión Nacional de Vivienda  Su decreto de creación data del 2006, su origen obedece a que en el país no existía una instancia del Gobierno Federal, especializada en materia de vivienda, que coordinara los diferentes programas e instancias del sector, definiendo la política nacional de vivienda y coordinara su instrumentación. El objetivo de la CONAVI es dirigir los programas de vivienda y administrar los recursos humanos, materiales y financieros asignados, por medio del aseguramiento del uso responsable y transparente de los mismos.	LDPAM: - No define funciones específicas para la CONAVI Ley de Vivienda - Coordinar, concertar y promover programas y acciones de vivienda y suelo con la participación de los sectores público, social y privado. - Fomentar y apoyar medidas que promuevan la calidad de la vivienda.	EOCONAVI: Subdirección General de Fomento de Esquemas de Financiamiento y Soluciones de Vivienda - Desarrollar y promover esquemas de subsidio, financiamiento, garantías, entre otros, que promuevan el acceso de la población a soluciones habitacionales. - Desarrollar, ejecutar y promover esquemas, mecanismos y programas de financiamiento, subsidio y ahorro previo para la vivienda, en sus diferentes tipos y modalidades, priorizando la atención a la población en situación de pobreza, coordinando su ejecución con las instancias correspondientes.
Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares  El 23 de enero de 1985 se instituye el Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO), con el objetivo fundamental de financiar la construcción y mejoramiento de viviendas y conjuntos habitacionales populares.	LDPAM: - No define funciones específicas para el FONHAPO. Ley de Vivienda - Promover oportunidades de acceso a la vivienda, preferentemente a la población que se encuentre en situación de pobreza, marginación o vulnerabilidad.	MOEFONHAPO Promover el mejoramiento de las condiciones de vivienda de la población de menores ingresos, de los ámbitos urbanos y rurales, de conformidad a las Reglas de Operación aplicables.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; el **Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** (Estatuto Orgánico DIF); el **Manual General de Organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** (MGOSNDIF); el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (EOINAPAM)**; la **Ley de Vivienda**; **Estatuto Orgánico de la Comisión Nacional de Vivienda (EOCONAVI)**, y el Manual de Organización Específico del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (MOEFONHAPO).

La LDPAM define tres actores para atender la problemática de la vivienda-hogar de los adultos mayores: las instituciones públicas de vivienda de interés social, el SNDIF y el INAPAM.

Respecto de las instituciones públicas de vivienda de interés social, éstas no fueron definidas por la ley; no obstante, de acuerdo con la Ley de Vivienda, éstas se refieren principalmente a la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI), la cual no se incorporó en la LDPAM, debido a que la comisión inició sus operaciones después de la publicación de la ley, lo que refleja la falta de actualización de la norma en esta materia, y al Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO), al que tampoco se le asignaron atribuciones en la LDPAM para atender la problemática de acceso a la vivienda-hogar de las personas adultas mayores; sin embargo, cuenta con facultades en su normativa interna para incidir en la solución del problema general de vivienda.

Asimismo, como parte de las prestaciones de los derechohabientes de alguno de los esquemas de seguridad social, se identificó que el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (FOVISSSTE) benefician a los adultos mayores asegurados, con créditos para adquirir o remodelar una vivienda. En lo que se refiere al SNDIF, si bien su creación no obedece al tema particular de los adultos mayores, éstos forman parte de los grupos vulnerables a los que se dirigen las acciones del sistema, particularmente, los que se encuentran en riesgo o desamparo, y para lo cual dispone de la Dirección General de Integración Social, encargada de implementar modelos de atención integral para este grupo de población.

Al INAPAM se le otorgaron facultades para la promoción y control de los albergues que cuidan de ese grupo poblacional, así como de la calidad de sus servicios.

Los objetivos y atribuciones de los tres actores son afines y complementarios, ya que las instituciones de vivienda buscan promover el acceso a la misma, mientras que el SNDIF y el INAPAM tienen mandatos relativos a la integración familiar y a los servicios de residencia para adultos mayores; no obstante, esa complementariedad no está explícita en la ley, sobre todo porque la CONAVI no tiene atribuciones para atender la problemática de la vivienda-hogar de

los adultos mayores, además de que no se determinó un modelo de coordinación entre el INAPAM y el SNDIF para lograr complementariedad y evitar duplicidades en sus funciones.

Por lo anterior, el diseño institucional-organizacional de la atención del problema de la vivienda-hogar de las personas adultas mayores no fue actualizado, para que la LDPAM definiera e incluyera a las instituciones públicas de vivienda de interés social pertinentes para atender a los adultos mayores, y no estableció mecanismos para la coordinación y cooperación entre el INAPAM y el SNDIF.

3.2.2.4. Opciones de empleo

En cuanto al diseño institucional-organizacional para las opciones de empleo de las personas adultas mayores, el análisis es el siguiente:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA PROPORCIONAR OPCIONES DE EMPLEO AL ADULTO MAYOR, 2002-2014		
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema (LDPAM)	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad específica(s) encargada de atender el problema
Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)  La STPS se creó en 1941, con el objetivo de responder a las demandas sociales, producto de la evolución del sector y del desarrollo del movimiento obrero nacional.	LDPAM: - Implementar programas para promover empleos y trabajos remuneradores, así como actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión. - Fomentar la creación de organizaciones productivas de personas adultas mayores en grupos productivos de diferente orden. - Impulsar el desarrollo de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas en la formulación y ejecución de proyectos productivos. - Organizar una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo.	No definidas
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)  La exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002, y con que se creó el INAPAM, señaló que el peso de las crisis económicas cíclicas y recurrentes y de la política económica aplicada durante los últimos veinte años, ha recaído en este sector cuya edad los margina del empleo y los ingresos que pudieran mitigar sus carencias. El objetivo del INAPAM es procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste el proceso tendiente a brindar a este sector de la población empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades.	LDPAM: - Propiciar la incorporación de los adultos mayores a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo con sus capacidades y aptitudes. - Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre la reincorporación de los adultos mayores a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional.	EOINAPAM: Subdirección de Concertación y Promoción Coordinar y proponer planes y programas de empleo, mediante la bolsa de trabajo, para el desarrollo económico y social de los adultos mayores, en los tres órdenes de gobierno.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; la **Ley Federal del Trabajo (LFT)**; el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (EOINAPAM)**, y el **Manual General de Organización de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (MGOSTPS)**.

De acuerdo con la LDPAM, la STPS es la principal institución encargada de atender la demanda de empleo de la población adulta mayor, para cual, deberá implementar programas, fomentar la creación de organizaciones productivas, impulsar la capacitación y organizar una bolsa de trabajo; sin embargo, las atribuciones conferidas en la LDPAM no se reflejan en la normativa de la dependencia, asimismo, no se identificó una unidad administrativa responsable de dar cumplimiento al mandato de ley.

Para complementar las acciones de la STPS, la ley facultó al INAPAM para propiciar la incorporación de los adultos mayores al sector productivo y para fomentar programas de educación para el trabajo.

Los objetivos y atribuciones de los dos entes coincidieron en el fomento del empleo y la capacitación para el trabajo; sin embargo, la normativa no fue clara para distinguir entre las acciones que realizarían uno y otro, o el modo en que colaborarían, para no duplicar funciones.

Por lo anterior, el diseño institucional-organizacional para atender la problemática de las opciones de empleo de las personas adultas mayores no demarcó la forma de interrelación institucional entre los encargados de la política pública.

En síntesis, el diseño institucional-organizacional para atender la problemática de las opciones de empleo de las personas adultas mayores careció de una actualización entre la normativa específica de la STPS y las atribuciones que le mandata la LDPAM; en el caso de la STPS, no definió unidades administrativas para el despacho de las acciones mandatadas y no estableció el modelo de coordinación entre dicha secretaría y el INAPAM.

3.2.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa

Los encargados de atender el problema de los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa de los adultos mayores, así como sus objetivos y atribuciones, son los siguientes:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA PROPORCIONAR SATISFACTORES CULTURALES, RECREATIVOS Y OFERTA EDUCATIVA A LOS ADULTOS MAYORES, 2002-2014		
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema (LDPAM y leyes específicas de los actores)	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad específica(s) encargada(s) de atender el problema
Secretaría de Educación Pública (SEP)  La SEP por Decreto Presidencial, inició operaciones en 1921, con el objetivo de crear condiciones que permitan asegurar el acceso de todos los mexicanos a una educación de calidad.	LDPAM: - Facilitar el acceso a la cultura promoviendo su expresión por distintos medios. - Asegurar el acceso gratuito o con descuentos a eventos culturales que promuevan las instituciones públicas y privadas. - Establecer programas culturales y concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores. - Asegurar el acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades y a cualquier otra actividad que contribuya al desarrollo intelectual.	No definidas
Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA)  En 1988, por decreto presidencial inició operaciones el CONACULTA con el objetivo de promover y difundir la cultura y las artes. El motivo de su creación fue que los cambios sociales ocurridos en México en los últimos años habían suscitado nuevas exigencias y requerimientos de orden cultural que el Estado debía atender.	MOGSEP: Impulsar el desarrollo social y humano de los mexicanos por medio de la cultura en condiciones de igualdad y equidad de oportunidades a partir de la preservación, creación y difusión del patrimonio cultural y artístico.	MOGCONACULTA: Dirección General de Culturas Populares Diseñar e impulsar actividades culturales considerando las condiciones, necesidades y características de la población, en coordinación con las unidades administrativas y órganos coordinados del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes con el fin de asegurar su eficacia y penetración en los diferentes sectores.
Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)  El INEA se constituyó en 1981, cuando en su decreto de creación se reconoció que existía un alto número adultos que no tuvieron acceso a la educación primaria y secundaria, o no concluyeron estos niveles educativos y por consiguiente veían limitadas sus oportunidades de mejorar por sí mismos la calidad de su vida. Su objetivo es promover y realizar acciones para organizar e impartir la educación para adultos, por medio de servicios de alfabetización, educación primaria y secundaria, y la formación para el trabajo.	EOINEA: Promover y proporcionar servicios de alfabetización, así como de educación primaria y secundaria para adultos.	No definidas

Continúa...

...Continuación

Secretaría de Turismo (SECTUR)  La SECTUR se creó en 1974, con el objetivo de llevar a cabo la planeación y desarrollo de la actividad turística.	LDPAM: • Impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades de atención al turismo, particularmente las que se refieren al rescate y transmisión de la cultura y de la historia. • Promover actividades de recreación turística con tarifas preferentes, diseñadas para personas adultas mayores. • Establecer convenios para ofrecer tarifas especiales y/o gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, y hospedaje en hoteles y centros turísticos.	• No definidas
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)  La exposición de motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en 2002, y con que se creó el INAPAM, señaló que los adultos mayores reclaman la valoración de sus capacidades y experiencias, el derecho a continuar activos y desarrollándose social y culturalmente. El objetivo del INAPAM es procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores.	LDPAM: • Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y cultural.	EOINAPAM: Dirección de Atención Geriátrica • Establecer programas que promuevan la cultura popular, a fin de mantener los valores culturales propios de este grupo de edad y propiciar el intercambio cultural entre las generaciones, para propiciar su respeto, fomentar las manifestaciones artísticas y artesanales, así como la recreación y el turismo en la población de sesenta años o más de edad. Dirección de Programas Estatales • Elaborar, planear y supervisar los programas para organizar eventos culturales, de esparcimiento, recreación y actividades que den a conocer la labor del Instituto.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; la **Ley General de Educación (LGE)**; el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (EOINAPAM)**; el **Estatuto Orgánico del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (EOINEA)**; el **Manual de Organización General de la Secretaría de Educación Pública (MOGSEP)**; el **Manual de Organización General del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (MOGCONACULTA)**, y la **Ley General de Turismo (LGT)**.

Para garantizar el acceso a los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa, la LDPAM dotó de facultades a tres instituciones: la SEP, la SECTUR y el INAPAM.

La SEP debe facilitar el acceso a la cultura a la población adulta mayor; promover tarifas preferenciales a eventos culturales; establecer programas culturales exclusivos para ese grupo de población, y asegurarles el acceso a la educación pública en todos sus niveles. Sin embargo, dichas atribuciones no se reflejan en la normativa interna de la dependencia, por lo que no se identifica la unidad responsable de dar cumplimiento del mandato de ley.

Asimismo, existen dos instituciones que si bien la LDPAM no les asigna atribuciones específicas en materia de adultos mayores, las facultades que su marco normativo propio les confiere suponen responsabilidades para con este grupo de la población: el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), que tiene como objetivo impartir educación para adultos, y el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), que entre las atribuciones definidas en su Manual de Organización se encuentra la de diseñar e impulsar actividades considerando las necesidades de la población. Además, ambas instituciones están sectorizadas a la SEP, por lo que están vinculadas y participan en el cumplimiento de los objetivos generales de la dependencia; sin embargo, el hecho de no estar incluidas en la LDPAM conduce a que sus responsabilidades en esta materia no sean del todo precisas.

En lo que respecta a la SECTUR, las atribuciones que le confiere la LDPAM se enfocan en impulsar y hacer accesible el turismo para la población adulta mayor, mediante programas de turismo diseñados especialmente para ellos y la oferta de tarifas preferenciales; sin embargo, al igual que en el caso de la SEP, su normativa no ha sido armonizada con la LDPAM, por tal motivo, tampoco se identificó la unidad administrativa responsable de su cumplimiento.

El INAPAM tiene la atribución general de promover el desarrollo integral de las personas adultas mayores, de la que se desprenden la implementación de programas culturales y el fomento al turismo; sin embargo, no se establecen los mecanismos de coordinación que deberá implementar para que, junto con la SEP, la SECTUR, el INEA y el CONACULTA, cumpla con los objetivos de la política en materia de cultura y educación.

En síntesis, el diseño institucional-organizacional para la vertiente de los satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa presentó deficiencias relacionadas con la falta de armonización entre la LDPAM y la normativa específica de la SEP y la SECTUR; además de que estas instituciones no disponen de una unidad administrativa para el cumplimiento de lo mandatado en materia exclusiva de adultos mayores; también se omitió incluir al INEA y al CONACULTA como encargados de la política pública, y no se definieron mecanismos para que las atribuciones del INAPAM fueran coordinadas con las de los demás actores.

3.2.3. Planificación del envejecimiento poblacional

El envejecimiento de una población es el resultado de los logros registrados en el proceso de desarrollo humano, como consecuencia de una menor mortalidad (combinada con una reducción de la fertilidad) y una mayor longevidad. Sin embargo, las condiciones en que este fenómeno están aconteciendo en el país son adversas, debido a problemas como la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas desde etapas de la vida más tempranas; los hábitos dañinos, como el sedentarismo o las adicciones; el limitado acceso a la seguridad social; el bajo nivel de ahorro para el retiro, y la falta de preparación general para afrontar la vejez individual. De mantenerse el cauce actual, el envejecimiento de la población traerá importantes riesgos, especialmente para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y de pensiones, así como para la integración de las próximas generaciones de adultos mayores como participantes activos en el desarrollo de la sociedad.^{91/}

Ante el fenómeno del acelerado envejecimiento poblacional y de la transmisión epidemiológica que lo acompaña, el futuro del desarrollo integral y sostenible del país se ve amenazado por los riesgos inherentes que enfrentará la seguridad social. Por ello, es importante evaluar la capacidad de las instituciones gubernamentales para planificar con anticipación medidas con el fin de modificar el panorama de incertidumbre que se augura para la población que entrará en la adultez mayor en las próximas décadas y aprovechar los beneficios del cambio demográfico que se avecina. El diseño institucional-organizacional relacionado con el envejecimiento poblacional se presenta a continuación.

3.2.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

El diseño institucional-organizacional para atender el problema de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se presenta en el cuadro siguiente:

^{91/} Organización de las Naciones Unidas, **El desarrollo en un mundo que envejece**, 2007.

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2002-2014		
Corresponde a las instituciones públicas del sector salud:	Las instituciones públicas de salud garantizaran que los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud, a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer el envejecimiento saludable.	
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad encargada(s) de atender el problema
Secretaría de Salud (SS)  En la exposición de motivos de la LOAPF se señaló que debido a que en 1983 se elevó a rango constitucional el derecho a la protección en salud, y que en 1984 se publicó la LGS, en la cual se establece la conformación del SNS, para reglamentar el acceso a los servicios de salud, se justificó la adecuación de la estructura orgánica y administrativa de la dependencia encargada del sector. El 21 de enero de 1985, mediante una reforma a la LOAPF, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública cambió su denominación por la de Secretaría de Salud, para ajustarse más a la concepción y cobertura de la nueva garantía social y de los diversos servicios públicos, sociales y privados que componen al SNS.	LOAPF: - Establecer y conducir la política nacional en materia de salud. - Planear, normar, coordinar y evaluar el SNS. LGS: - Promover e impulsar que las instituciones del SNS implementen programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas. - Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS): - Proponer, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención, promoción de la salud y control de enfermedades. - Proponer las políticas, estrategias, sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para los programas de prevención y promoción de la salud y de control de enfermedades. - Coordinar la política normativa en materia de prevención y promoción de la salud y de control de enfermedades. - Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y de los sectores público, privado y social en las acciones de prevención, promoción de la salud y del control de enfermedades. Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS): - Proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención y promoción de la salud, encaminadas a modificar los determinantes que favorecen o afectan la salud de la población durante las diferentes etapas de la vida, y evaluar su impacto en la sociedad. - Definir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. - Impulsar la participación de la sociedad y de la comunidad en las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. - Impulsar programas que promuevan la formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos que participan en las acciones de prevención y promoción de la salud. - Establecer un sistema de indicadores para evaluar la efectividad de las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. - Proponer normas oficiales en el ámbito de su competencia, así como vigilar su cumplimiento. - Definir los contenidos educativos y participar en el diseño, producción y difusión de materiales impresos y audiovisuales para la prevención y promoción de la salud. - Promover la suscripción de convenios de concertación de acciones en materia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, con los medios masivos de comunicación.

Continúa...

...Continuación.

		Definir y desarrollar campañas y estrategias de comunicación que promuevan el cambio de conductas, actitudes y aptitudes para el cuidado de la salud.
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)  El 2 de febrero de 2010, mediante el decreto que reformó el Reglamento Interior de la SS, se instaura el CENAPRECE, como órgano desconcentrado de dicha secretaría, con el objetivo de normar, administrar y evaluar las políticas y estrategias de prevención y protección de la salud, y de favorecer y vigilar su aplicación en todas las instituciones del SNS, mediante la investigación, evaluación y asesoría, para brindar atención oportuna y adecuada tendiente a mejorar la calidad de vida de la población.	RISS y MOCENAPRECE: - Proponer políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos a la salud y de enfermedades crónico-degenerativas, y evaluar su impacto. - Coordinar y efectuar la supervisión y evaluación de los programas de prevención y promoción de la salud. - Fomentar y coordinar la prevención y control de enfermedades. - Fomentar e integrar la participación de la sociedad civil, así como de los sectores público y privado en las acciones materia de su competencia.	Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano (DPSAA): - Organizar y conducir a escala nacional los programas prioritarios de prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas para la atención de la salud en el adulto y en el adulto mayor, para prevenir, diagnosticar o brindar tratamiento de forma oportuna, para evitar o retrasar las complicaciones de éstas y ofrecer una mejor calidad de salud. - Difundir los resultados del análisis y evaluación de la información generada por los programas de acción de prevención y control de enfermedades para mejorar la atención de la salud del adulto y del adulto mayor. - Planear el desarrollo de campañas de comunicación social educativa y promoción de la salud para la prevención, tratamiento y control de enfermedades, para sensibilizar a la población de las medidas de prevención, importancia y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Subdirección de Atención al Envejecimiento: - Prevenir y controlar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia mediante la detección, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para elevar la calidad de vida de los adultos mayores.
Instituto Nacional de Geriátría (INGER)  En la exposición de motivos del decreto publicado el 30 de mayo de 2012 en materia de geriatría, por el que se modificó la LINS, se señala que los cambios demográficos deben considerarse como el mayor desafío al que se enfrentan los actuales gobiernos; los crecientes costos de los servicios de salud representan un grave problema para la economía y para los presupuestos públicos. Si bien en un futuro cercano la población de edad avanzada de muchos países en desarrollo aumentará en gran medida, los servicios de salud siguen siendo muy modestos en comparación con las necesidades que se avecinan.	LINS y MOEINGER: - El INGER está a cargo de la formación de recursos humanos y la investigación del envejecimiento, así como de las enfermedades y cuidados del adulto mayor. - Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas sobre el envejecimiento, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.	Dirección de Investigación (DI): - Planear y coordinar acciones y programas de investigación científica que se llevan a cabo en el instituto, con la finalidad de avanzar en el conocimiento de los problemas de salud que afectan a la población adulta mayor. - Difundir y promover la información técnica y científica derivada de los proyectos de investigación realizadas por el instituto, para la prevención y tratamiento de la población adulta mayor. - Planear y coordinar eventos de investigación que favorezcan la interacción con líderes nacionales e internacionales en envejecimiento humano, para el intercambio de conocimientos y experiencias. - Determinar protocolos y programas de investigación, a fin de contribuir en la solución de los problemas asociados al envejecimiento y la vejez en el país.

Continúa...

...Continuación.

En este mismo decreto se concretó la puesta en operación del INGER.		Dirección de Enseñanza y Divulgación (DED): • Planear y coordinar los modelos y programas de formación y desarrollo de recursos humanos en geriatría y envejecimiento para contar con personal especializado que brinde atención y servicios de calidad. • Coordinar, con la DI, la difusión de foros de discusión, cursos, conferencias, seminarios, congresos y reuniones de educación a distancia, con la finalidad de generar información científica en envejecimiento y geriatría que promueva el reconocimiento del instituto en los ámbitos nacional e internacional. • Coordinar la participación del instituto en actividades de enseñanza y divulgación, para contribuir al conocimiento académico en el campo de la geriatría, el envejecimiento y la salud.
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  El 31 de diciembre de 1942, se publicó la LSS, por la que se instrumentó el IMSS, como organismo público descentralizado, encargado de la organización y administración del Seguro Social; con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de la concurrencia de los sectores público, social y privado, y que tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo. En la exposición de motivos de la LSS vigente se señaló que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios médicos; por ello el objetivo central del IMSS fue ampliar la cobertura, elevar la calidad y calidez de los servicios, mejorar las prestaciones y consolidar su autonomía financiera.	LSS y RIIMSS: • Con el propósito de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, los servicios de medicina preventiva del instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales.	Dirección de Prestaciones Médicas (DPM): • Normar la participación del instituto en la atención de problemas de salud de la población en general, en coordinación con las dependencias y entidades de la APF relacionadas con el SNS. • Emitir la normativa institucional relativa a la vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, fomento a la salud, salud reproductiva, salud materno infantil, educación médica, investigación médica, salud en el trabajo y la prestación de los servicios médicos y de rehabilitación en sus tres niveles de atención. • Participar con las demás unidades administrativas y entidades del SNS en la vigilancia epidemiológica de la población.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 	LISSSTE y EOISSSTE: • El instituto proporcionará servicios de atención médica preventiva tendientes a proteger la salud de los derechohabientes.	Dirección Médica (DM): • Establecer y desarrollar las políticas y programas institucionales en el ámbito de la salud, con prioridad en el cuidado de la salud y la medicina preventiva, y determinar los modelos de atención, sistemas de coordinación y procedimientos de operación a que se sujetan todas las unidades médicas del instituto.

Continúa...

...Continuación

El 30 de diciembre de 1959 se promulgó la LISSSTE, la cual abrogó la Ley de Pensiones Civiles de 1947; con ello, desapareció la Dirección de Pensiones Civiles que fue reemplazada por el ISSSTE. Con esta ley se constituyeron los 14 seguros que entonces ofrecía este instituto y se establecieron las prestaciones de los derechohabientes y sus familiares. En la exposición de motivos de la LISSSTE, publicada en 2007, se precisó que la cobertura de los servicios de salud en beneficio de los trabajadores debería orientarse específicamente a la prevención de enfermedades de los derechohabientes.	• La atención médica preventiva, conforme a los programas que autorice el instituto atenderá entre otras cosas: el control de enfermedades prevenibles; los programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos; la educación para la salud; programas de combate a las adicciones; salud bucal y mental; atención primaria a la salud; envejecimiento saludable; prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas, y las demás actividades que se determinen de acuerdo con las posibilidades financieras del seguro de salud.	

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los ordenamientos siguientes: la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores** (LDPAM); la **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal** (LOAPF); la **Ley General de Salud** (LGS); la **Ley del Seguro Social** (LSS); la **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** (LISSSTE); la **Ley de los Institutos Nacionales de Salud** (LINS); el **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud** (RISS); el **Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social** (RIIMSS); el **Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** (EOISSSTE); el **Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Geriátrica** (MOEINGER), y el **Manual de Organización del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades** (MOCENAPRECE).

El SNS está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud,^{92/} entre los que destacan por su cobertura la SS y los institutos de seguridad social: IMSS e ISSSTE. El SNS está a cargo de la propia SS, la cual tiene, de acuerdo con la LOAPF, la atribución de realizar su planeación, regulación, coordinación y evaluación;^{93/} sin embargo, para la atribución de planeación no se define el horizonte temporal de su alcance, además de que no se establece como objetivo la sostenibilidad del sistema, lo que significa que la normativa en esta materia no responde a los problemas actuales.

Aunque ninguna de estas instituciones fue creada de manera ex profesa para atender el tema del envejecimiento poblacional, sino para la prestación de servicios de salud y de otros mecanismos de seguridad social (en el caso del IMSS y el ISSSTE), con la publicación de la LDPAM se les asignaron, entre otras atribuciones, la de garantizar que los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporaran medidas de prevención y promoción de la salud, con el objeto de prevenir discapacidades y favorecer el envejecimiento saludable de la población en general. No

^{92/} Diario Oficial de la Federación, **Ley General de Salud**, 7 de febrero de 1984, artículo 6. Disponible en < http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf >.

^{93/} Diario Oficial de la Federación, **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal**, 29 de diciembre de 1976, artículo 39. Disponible en < http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_130515.pdf >.

obstante, la generalidad de dicha ley y la falta de reglamentación para su aplicación impiden determinar las atribuciones específicas de cada institución, los niveles de responsabilidad correspondientes y los mecanismos de coordinación para dirigir una estrategia integral de prevención.

De acuerdo con la LDPAM, el diseño institucional-organizacional establecido para atender el problema de la sostenibilidad del SNS determina como actor a la SS, la cual tiene unidades administrativas centrales con atribuciones relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; un órgano desconcentrado especializado en la prevención de enfermedades (CENAPRECE), y uno descentralizado experto en el rubro de la geriatría (INGER). Si bien las facultades de estas instituciones no fueron diseñadas en torno a una visión integral de envejecimiento que enfatice la importancia de la prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo vital de las personas como condición para transitar hacia una vejez saludable, es posible reorientarlas para implementar políticas, estrategias y acciones al respecto, como se muestra a continuación.

Desde la creación de la SPPS en 1997, el Estado estableció como una dimensión prioritaria las acciones para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, como respuesta a la prevalencia del tipo de padecimientos que afectan a la población. Aunque las atribuciones de esta subsecretaría no están relacionadas de forma explícita con el envejecimiento, la SPPS cuenta con facultades para proponer, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y programas de prevención, promoción de la salud y de control de enfermedades a lo largo de la vida. También, tiene atribuciones para gestionar los recursos financieros necesarios para la ejecución de su mandato, coordinar la política normativa en la materia y fomentar la participación de la sociedad en general en actividades para el cuidado de la salud.

Dentro de la SS, la instancia encargada de la política de promoción es la DGPS, cuyas facultades en la materia incluyen las de proponer las políticas y estrategias que permitan la modificación de los determinantes que favorecen o afectan la salud de la población durante el ciclo vital de las personas; fomentar la participación y corresponsabilidad civil en la materia; impulsar programas educativos para la formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos involucrados en las tarea de promoción de la salud; participar activamente en la producción y difusión de materiales impresos y audiovisuales para la prevención y promoción

de la salud, y promover la suscripción de convenios con los medios de comunicación que permitan la concientización de la población en este rubro.

El CENAPRECE es la instancia a cargo de la prevención de enfermedades, por lo que tiene la facultad de proponer políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos a la salud y de enfermedades crónico degenerativas, así como de promover mecanismos para fomentar e integrar la participación de la sociedad civil en general. En relación con el envejecimiento poblacional, el CENAPRECE cuenta con la DPSAA cuya labor es la de organizar y conducir los programas prioritarios de prevención y control de padecimientos crónico-degenerativos, con el fin de prevenir, diagnosticar o brindar tratamiento de forma oportuna, evitar o retrasar las complicaciones de las enfermedades y ofrecer una mejor calidad de salud. Además, esta dirección tiene la atribución de planear el desarrollo de campañas de comunicación social educativa y de promoción de la salud para la prevención, tratamiento y control de enfermedades, a efecto de sensibilizar a la población adulta y adulta mayor sobre la importancia de estas medidas. Además, dispone de la Subdirección de Atención al Envejecimiento que tiene como objetivo prevenir y controlar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia mediante la detección, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Asimismo, existe un órgano sectorizado en la SS, especializado en la dimensión geriátrica de la salud, el INGER, cuya puesta en operación se dio en 2012; es el instituto de salud pública facultado para realizar investigación, formar recursos humanos y prestar servicios de salud especializados en el área de la geriatría. La importancia del INGER es significativa, debido a que cuenta con atribuciones para desarrollar investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas sobre el envejecimiento, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

Las otras dos entidades del diseño institucional que tienen atribuciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud para ayudar el envejecimiento saludable son el IMSS y el

ISSSTE; ambos institutos de alcance nacional, pero de acceso restringido a su población derechohabiente.^{94/}

De acuerdo con la LSS, el IMSS tiene la atribución de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, por medio de los servicios de medicina preventiva, los cuales incluyen programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales, enfocados en resolver problemas médico-sociales.^{95/} Para ello, este instituto cuenta con la DPM, cuyas atribuciones establecen que deberá emitir la normatividad institucional relativa a la vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, fomento a la salud, salud reproductiva, salud materno infantil, educación médica, investigación médica, salud en el trabajo y prestación de los servicios médicos y de rehabilitación en sus tres niveles de atención.^{96/}

La LISSSTE establece, para el instituto que regula, la facultad de proporcionar servicios de atención médica preventiva tendientes a proteger la salud de sus derechohabientes cuya integración se compone, entre otras cosas, del control de enfermedades prevenibles por vacunación y de enfermedades transmisibles; autocuidado y detección oportuna de padecimientos; educación para la salud y nutricional y envejecimiento saludable.^{97/} Para el cumplimiento de su mandato, este instituto cuenta con una DM, la cual tiene las atribuciones de establecer y desarrollar las políticas y programas institucionales en el ámbito de la salud, con prioridad en el cuidado de la salud y la medicina preventiva y determinar los modelos de atención correspondientes.^{98/}

Aun cuando las principales instituciones públicas del sector salud cuentan con facultades para realizar actividades de prevención que contribuyan a fomentar el envejecimiento saludable y activo de la población beneficiaria, la fragmentación institucional no sólo limita el acceso a los

^{94/} Además de las instituciones señaladas, el sector público del SNS se integra por los servicios médicos de las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, así como de los correspondientes a Petróleos Mexicanos, en el ámbito federal, y por los Servicios Estatales de Salud, en el nivel local. Estos servicios no son analizados en la presente evaluación, debido a que la población que atienden los primeros es limitada y marginal en términos de cobertura, y porque los segundos no son competencia de la misma.

^{95/} Diario Oficial de la Federación, **Ley del Seguro Social**, artículo 110.

^{96/} Diario Oficial de la Federación, **Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social**, 18 de septiembre de 2006, artículo 82. Disponible en < <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf> >.

^{97/} Diario Oficial de la Federación, **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, artículos 3 y 92.

^{98/} Diario Oficial de la Federación, **Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, 18 de junio de 2014. artículo 61. Disponible en < <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n159.pdf> >.

servicios de salud y hace inequitativa la calidad de los mismos, sino que obstaculiza la posibilidad de reforzar los esquemas de salud preventiva, los cuales deberían ser prioritarios no sólo para reducir la morbilidad, sino para evitar costos innecesarios en la atención de padecimientos prevenibles.

El diseño institucional-organizacional establecido en la LDPAM, enfocado en la sostenibilidad del SNS, es complejo y fragmentado, y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, la cual depende de su incorporación a las distintas instituciones públicas del sector salud, situación que además limita la continuidad en la atención médica. Asimismo, no se definen actores específicos ni facultades concretas para las instituciones del sector, por lo que no se observa una estructura articulada para planificar la sostenibilidad del sistema en el largo plazo que involucre y utilice la capacidad institucional de todos los participantes, como es el caso del INGER, cuyas atribuciones para realizar investigación sobre el envejecimiento en el área biológica, médica y social, así como para desarrollar profesionistas especializados en la materia, conforme a lo dispuesto en su normativa interna, no se encuentran dispuestas en la LDPAM.

Esta situación imposibilita mejorar la adecuación de las acciones de salud pública a las necesidades de salud de la población, particularmente la atención de los problemas relacionados con la transición demográfica que presenta el país (detección oportuna de enfermedades), y el fortalecimiento de las acciones intersectoriales de salud pública, las cuales actualmente son limitadas, como el fomento de la actividad física.

3.2.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones

El diseño institucional-organizacional para atender la problemática relacionada con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones se presenta a continuación:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES, 2002-2014		
Atribuciones para atender el problema definidas en la LDPAM	El Estado deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro.	
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad encargada(s) de atender el problema
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  El 31 de diciembre de 1942 se publicó la LSS por la que se instauró el IMSS, como organismo público descentralizado, encargado de la organización y administración del Seguro Social; con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de la concurrencia de los sectores público, social y privado, y que tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo. En la exposición de motivos de la LSS se señaló la necesidad de reformar el sistema de pensiones, ya que éste no había ampliado la cobertura ni el ahorro de los trabajadores.	LSS: - El seguro de cesantía en edad avanzada y de vejez obliga al instituto al otorgamiento de las prestaciones siguientes: pensión; asistencia médica; asignaciones familiares, y ayuda asistencial. LSAR: - El IMSS llevará a cabo la recaudación de las cuotas y aportaciones destinadas a las cuentas individuales de los sistemas de ahorro para el retiro, de conformidad con lo previsto en las leyes de seguridad social.	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES): - Planear, dirigir y normar las acciones y procedimientos relacionados con el otorgamiento de las prestaciones económicas, conforme a lo establecido en la LSS y sus reglamentos, comprendiendo los ingresos de dichas prestaciones y servicios y, en su caso, evaluar sus resultados. Delegaciones - Conceder, rechazar y modificar las pensiones que, conforme a la LSS, le corresponde otorgar al instituto. - Recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)  El 30 de diciembre de 1959 se promulgó la LISSSTE, la cual abrogó la Ley de Pensiones Civiles de 1947; con ello desapareció la Dirección de Pensiones Civiles que fue reemplazada por el ISSSTE. Con esta ley se constituyeron los 14 seguros que entonces ofrecía este instituto y se establecieron las prestaciones de los derechohabientes y sus familiares.	LISSSTE: - El seguro en edad avanzada y de vejez obliga al instituto al otorgamiento de pensión y seguro de salud. LSAR: - El ISSSTE llevará a cabo la recaudación de las cuotas y aportaciones destinadas a las cuentas individuales de los sistemas de ahorro para el retiro, de conformidad con lo previsto en las leyes de seguridad social.	Dirección de Finanzas (DF): - Recaudar y registrar los ingresos de cuotas y de aportaciones provenientes de las dependencias y entidades afiliadas, así como mantener el buen funcionamiento del sistema de recaudación de cuotas y aportaciones que serán depositadas en las cuentas individuales establecidas en la LSAR. Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE): - Abrir, administrar y operar las cuentas individuales de los trabajadores en los mismos términos que las AFORES. - Recibir las cuotas y aportaciones de seguridad social correspondientes a las cuentas individuales y los demás recursos que en términos de la LISSSTE puedan ser recibidos en dichas cuentas, excepto las de la Subcuenta del Fondo de la Vivienda.

Continúa...

...Continuación

En la exposición de motivos de la LISSSTE se indicaba que el ISSSTE presentaba riesgos financieros que podrían volver insostenible el pago de pensiones en el futuro cercano.		• Individualizar las cuotas y aportaciones destinadas a las cuentas individuales, así como los rendimientos derivados de la inversión de las mismas. • Invertir los recursos de las cuentas individuales en las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro que administre. • Constituir y operar sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro. • Cobrar comisiones a las cuentas individuales de los trabajadores, con excepción de la Subcuenta del Fondo de la Vivienda. Estas comisiones estarán destinadas a cubrir los gastos de administración y operación del PENSIONISSTE que sean inherentes a sus funciones.
Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR)  El 22 de julio de 1994 se publicó la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, en ese año se instauró la CONSAR, con el objeto de establecer los mecanismos, criterios y procedimientos para el funcionamiento de los SAR. De acuerdo con la exposición de motivos de la LSAR promulgada el 23 de mayo de 1996, la CONSAR debía fortalecer su capacidad de supervisión y regulación por medio de una nueva organización, estructura y funcionamiento.	LSAR: • Regular, mediante la expedición de disposiciones de carácter general, lo relativo a la operación de los SAR; la recepción, depósito, transmisión y administración de las cuotas y aportaciones correspondientes a dichos sistemas, así como la transmisión, manejo e intercambio de información entre los participantes en los referidos sistemas, determinando los procedimientos para su buen funcionamiento.	Junta de Gobierno (JG): • Otorgar, modificar o revocar las autorizaciones para la organización, operación, funcionamiento y fusión de las administradoras y sociedades de inversión, las autorizaciones para la adquisición de acciones de las administradoras y del capital fijo de las sociedades de inversión, en los términos de esta ley y las autorizaciones para que las administradoras realicen actividades análogas o conexas a su objeto social. • Ordenar la intervención administrativa o gerencial de los participantes en los SAR, con excepción de las instituciones de crédito. • Expedir las reglas de carácter general relativas al régimen de inversión al que deberán sujetarse las sociedades de inversión. • Determinar, mediante reglas de carácter general, el régimen de las comisiones que las instituciones de crédito, administradoras o empresas operadoras, podrán cobrar por los servicios que presten en materia de los SAR. • Conocer de las violaciones de los participantes en los SAR a esta ley, reglamentos y disposiciones generales aplicables, e imponer las sanciones correspondientes. Presidencia de la comisión: • Tener a su cargo la representación legal de la CONSAR y el ejercicio de sus facultades. • Dirigir administrativamente a la CONSAR. • Presentar a la JG un informe semestral sobre la situación que guardan los SAR y un informe anual sobre las labores desarrolladas por la CONSAR. • Proponer a la JG los proyectos de las disposiciones que compete expedir a ese órgano de gobierno.

Continúa...

...Continuación

		• Realizar la supervisión de los participantes en los SAR. • Proveer en los términos de la LSAR y demás relativas, el eficaz cumplimiento de sus preceptos. Comité Consultivo y de Vigilancia • Vigilar el desarrollo de los SAR para prevenir posibles situaciones que presenten conflicto de interés y prácticas monopólicas. • Emitir opinión, respecto de las reglas generales relativas al régimen de inversión al que deberán sujetarse las sociedades de inversión, así como de su aplicación. • Emitir opinión a la JG, respecto de las reglas de carácter general sobre el régimen de comisiones y su estructura, así como de su aplicación. • Recomendar medidas preventivas para el sano desarrollo de los SAR.
Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES)  Las AFORES son entidades financieras privadas que administran fondos de retiro y ahorro de los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE. Las AFORES y sociedades de inversión (SIEAFORES) iniciaron su operación el 1 de julio de 1997, como lo estableció la LSS. Actualmente existen 12 AFORES, de las cuales 11 son privadas y una es pública; asimismo, están en funcionamiento 5 SIEAFORES.	• Abrir, administrar y operar cuentas individuales de los trabajadores. • Recibir las cuotas y aportaciones de seguridad social correspondientes a las cuentas individuales de conformidad con las leyes de seguridad social, así como las aportaciones voluntarias y complementarias de retiro, y los demás recursos que en términos de esta ley puedan ser recibidos en dichas cuentas, y administrar los recursos de los fondos de previsión social. • Individualizar las cuotas y aportaciones destinadas a las cuentas individuales, así como los rendimientos derivados de la inversión de las mismas.	No aplicable.
Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)  Con base en la expedición del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LOAPF, publicado el 25 de mayo de 1992, la SEDESOL, inició operaciones, esta dependencia recibió las atribuciones de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda.	LGDS: • Impulsar las políticas públicas y dar seguimiento a los programas de inclusión y atención de los adultos mayores y sus derechos.	Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios (DGAGP): • Instrumentar la operación de los programas a su cargo, supervisar el ejercicio de los recursos y, en su caso, autorizar propuestas de inversión, cancelar autorizaciones y ejercer los recursos correspondientes, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Continúa...

...Continuación

no y Ecología y algunas atribuciones de la Secretaría de Programación y Presupuesto, particularmente la Coordinación del Programa Nacional de Solidaridad, con el objetivo de proporcionar atención integral a la problemática social e incorporar, en una sola instancia, una serie de programas de atención a los sectores sociales más desprotegidos del país. En la exposición de motivos se señaló que la conformación de la SEDESOL tiene como objetivo la solución de los problemas de desarrollo urbano y la mejora de la calidad de vida de la población.		

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los ordenamientos siguientes: la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores** (LDPAM); la **Ley del Seguro Social** (LSS); la **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** (LISSSTE); la **Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro** (LSAR), y la **Ley General de Desarrollo Social** (LGDS).

Los institutos de seguridad social, que constituyeron hasta 1997 los principales elementos del SNP, no fueron creados en el marco de una política de atención a la población de adultos mayores (su finalidad primordial era la prestación de servicios de salud y de otros esquemas de seguridad social como el servicio de guardería, el seguro de invalidez o el de riesgos de trabajo), puesto que las dinámicas demográficas del país aún presentaban una baja expectativa de vida, situación que a su vez inclinó la elección de un modelo de reparto definido, en el que una base amplia de población económicamente activa pagaba el costo de las pensiones de una minoría envejecida. La falta de previsiones sobre el envejecimiento poblacional condujo a incrementar el déficit en el esquema de pensiones y el consiguiente costo fiscal necesario para cubrir las obligaciones pensionarias del IMSS y el ISSSTE. Por ello, se decidió transitar del modelo de reparto a uno de contribución definida que permitiría desligar las pensiones de la tendencia demográfica, otorgar derechos de propiedad sobre los recursos a cada trabajador y, adicionalmente, fortalecer el ahorro interno y la inversión.^{99/}

A pesar de la importancia que el tema pensionario tiene para asegurar la sostenibilidad del desarrollo del país, en la LDPAM únicamente se señala la obligación del Estado de establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro, y no se definieron los entes participantes, ni se asignaron las facultades respectivas para la

^{99/} Agustín Miguel Alonso Raya, “La agenda pendiente de la seguridad social”, en **La seguridad social a una década de la reforma de pensiones**, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México, 2006, p. 27 y ss.

conducción y operación del SNP. Aunque las leyes específicas determinan a los participantes de este sistema y su nivel de intervención, no existe un ente facultado para diseñar y establecer su planificación en un horizonte de largo plazo que permita adoptar las estrategias y medidas necesarias para asegurar su sostenibilidad.

Actualmente, el diseño institucional del sistema nacional de pensiones es heterogéneo, ya que está integrado por diversos actores (entidades regulatorias, entidades administradoras de carácter público o privado y entidades operadoras); modelos de operación (de contribución definida, reparto definido o complementarias y especiales), y fuentes de financiamiento (contribuciones y recursos fiscales).^{100/} Debido a esta situación, el sistema se conforma por una serie de subsistemas de pensiones con facultades, objetivos, capacidades y coberturas específicas para cada uno; se estima que aún existen alrededor de 100 esquemas pensionarios diferentes sólo en el sector público, entre los cuales se incluyen los establecidos en los regímenes de reparto previos a la adopción de reformas, similares a las seguidas por el IMSS y el ISSSTE, y los emprendidos después de éstas.^{101/} Estos subsistemas coexisten entre sí, pero la desarticulación entre ellos favorece la desigualdad en los planes pensionarios que ofrecen los distintos entes públicos; no permite, en la mayoría de los casos, la portabilidad de beneficios de los afiliados; restringe el acceso a la población en función de su trayectoria y condición laboral y puede desincentivar el empleo formal.^{102/} Los diferentes elementos del diseño institucional del sistema de pensiones se sintetizan en el esquema siguiente:

^{100/} Auditoría Superior de la Federación, **Evaluación número 1203. “Evaluación de la Política Pública de Pensiones y Jubilaciones”**, México, 2015, pp. 47 a 51. Disponible en < http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2-013i/Documentos-/Auditorias/2013_1203_a.pdf >.

^{101/} Enrique Valencia Lomelí, David Foust Rodríguez y Darcy Tetreault Weber, **Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI**, CEPAL-ASDI, 2012, Santiago de Chile, pp. 54 y ss. Es importante destacar el crecimiento de otro sector pensionario que incluye los esquemas para el retiro generados por empresas privadas, mediante fondos especiales complementarios o adicionales para el retiro de sus trabajadores.

^{102/} Adolfo Albo et al., **Hacia el fortalecimiento de los sistemas de pensiones en México: visión y propuestas de reforma**, México, Pensiones y Seguros América y Servicios de Estudios Económicos, 2007, p. 42.

ESQUEMA DEL DISEÑO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

Sistema Nacional de Pensiones									
Tipo		Regulación	Sector	Entidades administradoras / operadoras	Financiamiento	Población objetivo	Cobertura (Miles de personas) ^{1/}	Monto (Millones de pesos) ^{2/}	
Contributivo	RD	SHCP	Público	• IMSS	Contribuciones: • Trabajadores • Patrones • Estado	Trabajadores del sector formal	3,187.7	251,697.7	
				• ISSSTE			780.7	139,678.1	
				• Otros entes públicos con obligaciones pensionarias ^{3/}			378.5	134,570.6	
	CD	SHCP y CONSAR	Privado	• AFORES • SIEFORES	Contribuciones: • Trabajadores • Estado	Trabajadores del sector formal e informal	52,700.0	3,214,193.8	
No contributivo		Sin regulación	Público	• SEDESOL	Presupuesto de Egresos de la Federación	Personas sin seguridad social elegibles ^{4/}	5,487.7	36,477.9	

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en información de Presidencia de la República, **Segundo Informe de Gobierno. 2013-2014. Anexo Estadístico**, México, 2014; Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Informe Anual de Labores 2014**, México, 2014, e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. Principales Resultados**, Aguascalientes, 2014.

1/ Los datos sobre la población pensionaria del modelo de reparto definido corresponden a 2013; los datos del modelo de contribución definida se refieren al número de cuentas registradas al cierre de 2014, y los datos del modelo no contributivo corresponden a 2014.

2/ El monto en el IMSS incluye indemnizaciones, subsidios, ayudas y jubilaciones. Asimismo, incorpora el pago de pensiones de CFE y LFC; en el ISSSTE, se integra por las pensiones y jubilaciones ordinarias, gastos de funeral, indemnizaciones globales, pensiones por riesgo de trabajo y subsidios y ayudas, y el monto del modelo de contribución definida se refiere al saldo que guardaba el Sistema de Ahorro para el Retiro al cierre de 2014.

3/ Empresas paraestatales: Petróleos Mexicanos y Comisión Federal de Electricidad; Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; institutos estatales y municipales de pensiones; esquemas universitarios de pensiones, y otros (instituciones de banca de desarrollo principalmente).

4/ Los requisitos de elegibilidad para 2014 eran tener 65 años o más y no tener ingresos superiores a los 1,092.0 pesos mensuales.

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CONSAR: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

RD: Reparto definido.

CD: Contribución definida.

El sistema de pensiones se caracteriza por su dualidad y fragmentación, ya que se integra por dos tipos de esquemas pensionarios, contributivo y no contributivo. El primero incluye un paquete definido de beneficios para los trabajadores del sector formal privado y del sector público, que coexiste con un conjunto de servicios y beneficios fragmentados no contributivos ofrecidos mediante diversos programas de asistencia social a los adultos mayores en condición de pobreza, de bajos ingresos y en el sector informal de la economía.^{103/}

^{103/} Rafael Rofman, Ignacio Apella y Evelyn Vezza (editores), “México”, en **Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina**, Banco Mundial, Buenos Aires, 2013, p. 339 y ss.

En las últimas dos décadas se han realizado reformas para transitar del modelo de reparto al de contribución definida en las dos principales instituciones de seguridad social: IMSS (1995) e ISSSTE (2007), aunque también se han registrado reformas en los otros entes públicos con obligaciones pensionarias para consolidar la constitución de cuentas individualizadas. La racionalidad de este tránsito se centró en los nuevos patrones demográficos que vivía el país (envejecimiento poblacional), darles viabilidad financiera a las instituciones de seguridad social y reducir la carga fiscal asociada a los programas anteriores.

A partir de las reformas se establecieron las bases para consolidar un Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) generalizado,^{104/} que incluía a los trabajadores afiliados a dichos institutos y también a las personas no afiliadas (informales o independientes), en el que las aportaciones de los trabajadores, los patrones y del Estado son manejadas por medio de cuentas individuales propiedad de cada uno, con el fin de acumular saldos, los cuales se aplicarán para fines de previsión social o para la obtención de pensiones o como complemento de éstas.

Conforme al diseño institucional, las cuentas individuales son administradas por instituciones financieras (AFORES) del sector privado, con excepción de PENSIONISSSTE, que es del sector público, cuya operación es regulada y supervisada por la CONSAR. Aunque esta comisión se creó desde 1994, fue en 1996, con la publicación del “Decreto de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y de Reformas y Adiciones a las Leyes General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para regular las Agrupaciones Financieras, de Instituciones de Crédito, del Mercado de Valores y Federal de Protección al Consumidor”, que se le asignó la coordinación, regulación, supervisión y vigilancia de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La CONSAR es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dotado de autonomía técnica y facultades ejecutivas, con competencia funcional propia.

Con la instauración del SAR cada trabajador tiene acceso a una cuenta a su nombre integrada por tres subcuentas: retiro, vivienda y aportaciones voluntarias. Los aportes al sistema son

^{104/} El SAR se creó en 1992 como consecuencia de diversas modificaciones a la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Impuesto sobre la Renta, así como de la publicación del “Decreto por el que se establece, a favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un Sistema de Ahorro para el Retiro”. En un principio se pensó que este sistema sería exclusivamente complementario al esquema vigente.

tripartitos, e incluyen adicionalmente una aportación denominada “cuota social” que cubre el Gobierno Federal.

Las instituciones de seguridad recaudan las contribuciones de los trabajadores transfiriendo los recursos de vivienda a los fondos correspondientes y los de retiro, a las AFORES. Éstas registran los recursos vinculados al sistema, pero sólo administran los pertenecientes a las subcuentas de retiro y aportes voluntarios, y cobran una comisión por el servicio de administración, que se descuenta del saldo de cada trabajador.

Los recursos son invertidos en las Sociedades de Inversión de los Fondos para el Retiro (SIEFORES) bajo el criterio último de seguridad y rentabilidad. La CONSAR determina los criterios para conformar la cartera de inversión indicando el tipo y características de los instrumentos financieros permitidos y límites aceptados. El sistema cuenta actualmente con cinco esquemas de SIEFORES básicas, cuyo nivel de riesgo está vinculado con el ciclo de vida, de tal forma que el ahorro de los afiliados de mayor edad es invertido en fondos de menor rentabilidad pero de menor riesgo, debido a la seguridad sobre el ingreso que esperan tener al acercarse al umbral de retiro; mientras que para los más jóvenes los recursos se invierten en fondos de mayor rentabilidad y mayor riesgo, puesto que se espera que el primero sea superior al segundo en el transcurso de la vida laboral.^{105/}

Bajo este nuevo esquema de pensión, el beneficio que recibirá un trabajador al final de su vida laboral dependerá de los recursos acumulados y capitalizados en la cuenta individual, que serán determinados por el nivel de contribución y su crecimiento, la inversión y rendimientos obtenidos por las SIEFORES, así como por las comisiones y la densidad de cotización.^{106/}

^{105/} De acuerdo con las “**Disposiciones de carácter general que establecen el régimen de inversión al que deberán sujetarse las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro**” del 9 de septiembre de 2014, las AFORES deberán invertir conjuntamente los recursos de la subcuenta de retiro, cesantía y vejez en la SIEFORE Básica que corresponda de acuerdo con lo siguiente:

SIEFORE Básica 0: deberá invertir los recursos de los trabajadores que tengan 60 años de edad que no tengan derecho al esquema de pensiones establecido en la LSS de 1973 o al régimen de pensiones previsto en la LISSSTE de 1983 con sus reformas y adiciones; los que no se encuentren en una administradora prestadora de servicio; los bonos de pensión de trabajadores que coticen al ISSSTE, que se encuentren depositados en la cuenta individual del trabajador, y que éstos hayan cumplido 63 años o más de edad; y el ahorro de trabajadores que expresamente así lo soliciten.

SIEFORE Básica 1: deberá invertir los recursos de trabajadores que tengan 60 años de edad o más que no les corresponda invertir sus recursos en la SIEFORE Básica 0 y los recursos de los pensionados bajo la modalidad de retiros programados.

SIEFORE Básica 2: deberá invertir los recursos de trabajadores que tengan entre 46 y 59 años de edad.

SIEFORE Básica 3: deberá invertir los recursos de trabajadores que tengan entre 37 y 45 años de edad.

SIEFORE Básica 4: deberá invertir los recursos de trabajadores que tengan 36 o menos años de edad.

^{106/} Rafael Rofman, Ignacio Apella y Evelyn Vezza (editores) **op. cit.**, p. 323-328.

Respecto de las pensiones no contributivas o sociales, éstas constituyen transferencias monetarias o en especie, cuyo propósito es incrementar la cobertura de la seguridad social e incrementar el ingreso de la población en situación de pobreza o vulnerabilidad. A pesar de que este tipo de pensión no cuenta con una estructura normativa, su ejecución depende de reglas de operación que se actualizan y publican anualmente, cuya aplicación corresponde a la SEDESOL, por medio de la Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios.

El financiamiento de las pensiones no contributivas o sociales lo cubre el Gobierno Federal con cargo en el presupuesto anual, por lo que en última instancia la disponibilidad de recursos depende en gran medida de la capacidad fiscal para recaudar ingresos y del incremento de la población objetivo. Frente a esta limitación, la capacidad institucional de la política pública de atención a personas adultas mayores deberá asegurar que el otorgamiento de pensiones no contributivas sea sostenible fiscalmente en el futuro, garantizando una fuente segura y permanente para su financiamiento y evitar que se generen distorsiones en la economía y, en particular, en el mercado laboral, debido a que la entrega de apoyos y servicios no condicionados por la incorporación al sector formal de trabajo podría incrementar la informalidad y reducir la recaudación y, por ende, el gasto público de los programas de pensiones no contributivas.^{107/}

En síntesis, aun cuando el SNP se constituye, a su vez, por diversos subsistemas con facultades, finalidades, capacidades y coberturas propias e independientes, las reformas realizadas a los dos principales sistemas pensionarios (IMSS e ISSSTE) para transitar de un modelo de reparto definido y sostenimiento totalmente público a otro de contribución definida sustentado en la capitalización de cuentas individuales que depende fundamentalmente del ahorro particular de los trabajadores, permitieron la conformación de una estructura institucional más ajustada al tránsito demográfico que el país ha experimentado desde las últimas décadas del siglo pasado y que se intensificará en las siguientes. Actualmente, el diseño institucional-organizacional del SNP está basado en un sistema de ahorro para el retiro en el que las contribuciones de los trabajadores son recaudadas por los institutos de seguridad social, quienes las entregan a empresas financieras del sector privado que se encargan de la administración y operación de los recursos colectados. Aun cuando el Gobierno Federal ejerce la regulación y supervisión de

^{107/} Ibid., pp. 340 y 341.

este sistema, no se observa que las instituciones involucradas tengan atribuciones para garantizar la sostenibilidad del sistema en el futuro.

En materia de pensiones no contributivas, a pesar de las acciones realizadas, persiste la falta de una regulación jurídica sobre el tema y la ausencia de una estructura institucional articulada para afrontar los retos que implica el otorgamiento de este mecanismo de protección social, lo que configura un escenario de incertidumbre sobre la capacidad de respuesta que tendrá el Estado para afrontar el envejecimiento poblacional y el incremento de la demanda de apoyos económicos por parte de la población que no tiene acceso a la seguridad social.

3.2.3.3. Educación para la vejez

Como se ha reiterado, un elemento fundamental para la planificación del envejecimiento es la educación, no sólo porque permite el desarrollo de capacidades y actitudes favorables para el individuo y la sociedad, sino también porque refuerza la concientización sobre el envejecimiento individual y las prevenciones necesarias para disfrutar de una vejez plena. Considerando el mandato legal del Estado para desarrollar una educación integral y el establecido en la LDPAM, relativo a incluir contenidos educativos sobre el envejecimiento como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, a continuación se presenta el diseño institucional relacionado con la educación para la vejez:

DISEÑO INSTITUCIONAL-ORGANIZACIONAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA VEJEZ, 2002-2014		
Atribuciones para atender el problema definidas en la LDPAM	Corresponde a la SEP: Garantizar la inclusión en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento.	
Dependencia o entidad de la Administración Pública Federal	Atribuciones para atender el problema	Unidad(es) administrativa(s) de la entidad encargada(s) de atender el problema
Secretaría de Educación Pública (SEP)  El 3 de octubre de 1921 se conformó la SEP con el propósito de asegurar el acceso de toda la población a una educación de calidad, en el nivel y modalidad que la requieran y en el lugar donde la demanden.	LGE: Determinar para toda la República los planes y programas de estudio para la educación preescolar, la primaria, la secundaria, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica.	Dirección General de Desarrollo Curricular (DGDC): - Elaborar las propuestas de planes y programas de estudio para la educación básica. - Proponer cambios al currículo y a los métodos o enfoques pedagógicos en vigor, previa consulta con las unidades administrativas competentes de la SEP y las respectivas entidades especializadas. - Difundir, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la SEP, padres de familia y la sociedad, la información para asegurar la comprensión de los propósitos de los planes, programas y enfoques de la educación básica.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en los ordenamientos siguientes: **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)**; **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF)**, y **Ley General de Educación (LGE)**.

La SEP fue creada para proporcionar servicios educativos de enseñanza básica en el ámbito federal y desarrollar una identidad nacional. Con la promulgación de la LDPAM se designó a la SEP como uno de los operadores de la política pública de atención a las personas adultas mayores con la atribución de incluir, en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, contenidos sobre el proceso de envejecimiento; sin embargo, dicha facultad no se refleja en la LGE, ni en el reglamento interior de esta secretaría. A pesar de ello, esta dependencia dispone de la DGDC, que tiene la función de establecer los planes y programas de estudio correspondientes a la educación básica y a la formación de maestros para este tipo educativo.^{108/} Con esta unidad administrativa, la SEP puede dar cumplimiento de lo mandado en la LDPAM, mediante una estrategia que permita informar y concientizar a las generaciones más jóvenes sobre la importancia de adoptar medidas para prevenir la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas y promocionar la adopción de hábitos saludables. Por lo que respecta a la educación media superior y superior, la LDPAM ni la LGE establecen responsabilidades para que las instituciones que imparten estos niveles educativos incorporen el tema en sus planes y programas de estudio, lo que limita la implementación de una estrategia educativa para la vejez que abarque todos los niveles de formación escolar, sobre todo porque las instituciones que imparten estos dos tipos de educación tienen, en la mayoría de los casos, autonomía para decidir los contenidos de los planes y programas que ofrecen.

En términos generales, el diseño institucional-organizacional de la política de atención a las personas adultas mayores en su vertiente de envejecimiento poblacional se caracteriza por la heterogeneidad y fragmentación de los sistemas nacionales de salud y de pensiones, así como por la falta o insuficiencia de atribuciones que les permita a los entes involucrados planificar estrategias y acciones encaminadas a garantizar la sostenibilidad de dichos sistemas en el futuro próximo, y por la ausencia de una estructura jurídica e institucional para diseñar e implementar medidas relacionadas con la educación para la vejez.

De manera particular, la deficiencia del SNS es la falta de integración de los servicios que ofrecen las instituciones públicas del sector salud, lo que les impide garantizar la provisión de un paquete básico de salud generalizado y homogéneo, que le permita a la población emprender desde las edades más tempranas medidas y hábitos preventivos y de promoción de la salud para envejecer en condiciones óptimas. Los problemas del SNP se identifican en la

^{108/} Diario Oficial de la Federación, **Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública**, 21 de enero de 2005, artículo 5.

coexistencia de diversos programas de pensiones, contributivos y no contributivos, que no garantizan el acceso a una pensión mínima suficiente y universal que satisfaga las necesidades básicas de los beneficiarios; adicionalmente, el diseño institucional de las pensiones sociales implica una serie de problemáticas que podrían agravarse en los próximos años: gasto fiscal creciente; recaudación tributaria insuficiente; presiones presupuestales insostenibles a largo plazo de no contar con una fuente de financiamiento propia; duplicidades con los gobiernos locales que ofrecen este tipo de apoyo a su población de adultos mayores, y otorgamiento de incentivos hacia la informalidad laboral.

Asimismo, la LDPAM presenta diversas deficiencias que impiden la estructuración de un andamiaje institucional articulado y robusto para afrontar las consecuencias que se derivarán del envejecimiento poblacional y que amenazarán la sostenibilidad del desarrollo nacional en las próximas décadas: mínima o nula relevancia de la capacidad de planeación estratégicas para garantizar la viabilidad de los sistemas de salud y de pensiones; incertidumbre sobre las facultades y niveles de responsabilidad que tiene cada institución del sector salud, respecto del fenómeno del envejecimiento; no se definen participantes ni atribuciones en relación con la preparación para el retiro, y la atribución en materia de educación para la vejez es incompatible con las disposiciones que reglamentan la prestación del servicio educativo.

En conclusión, el diseño institucional-organizacional de la política pública de atención a las personas adultas mayores está inconcluso, ya que si bien establece entidades y dependencias con atribuciones para operar la política y determina al INAPAM como órgano rector de la misma, no define mecanismos de coordinación entre ellas, lo que ocasiona en algunos casos duplicidad de funciones, además de que no establece los elementos que permitan armonizar las atribuciones conferidas en la LDPAM con la normativa específica de las dependencias y entidades, por lo que se carece de unidades administrativas al interior de los entes que permitan el cumplimiento de lo mandado en materia exclusiva de adultos mayores. Asimismo, se identificaron otras instituciones que participan en la atención de ese grupo poblacional y que no fueron designadas como tal en el diseño institucional-organizacional de la política pública, por lo que dichas deficiencias impiden la estructuración de un andamiaje institucional articulado y robusto para afrontar las consecuencias que se derivarán del envejecimiento poblacional y que amenazarán la sostenibilidad del desarrollo nacional en las próximas décadas.

3.3. Diseño programático

El diseño programático representa el plan de acción que el Gobierno Federal decidió adoptar para afrontar el problema público identificado; en él se incluyen objetivos, estrategias, líneas de acción, indicadores y metas, tanto generales como específicos, los cuales se encuentran definidos en la planeación nacional y sectorial, y en los programas institucionales y especiales de la Administración Pública Federal. Para la política de atención de las personas adultas mayores se analizarán los programas emitidos en el periodo 2001-2014, debido a que en 2002 se publicó la LDPAM, con lo cual la obligación del Gobierno Federal de implementar una política pública para atender las problemáticas en materia de adultos mayores adquirió rango de ley.

3.3.1. La revaloración social de las personas adultas mayores

En las personas adultas mayores se concentran problemas de pobreza, marginación y exclusión social, por lo que la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) las considera un grupo vulnerable; dicha vulnerabilidad se asocia con la pérdida de capacidades por causas naturales asociadas a la edad, pero también, en gran medida, por la falta de respeto a sus derechos fundamentales por parte de la sociedad. Ante esta problemática, los documentos de planeación y de programación del Gobierno Federal establecieron objetivos y estrategias orientados a revalorizar a este grupo poblacional, como se muestra en el cuadro siguiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA REVALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: - Fortalecer la cohesión y el capital social. Estrategias: - Fortalecer los ámbitos familiares para que sean el motor de la convivencia y la solidaridad social. - Promover y desarrollar una política general de fortalecimiento e integración de las personas y las familias más vulnerables, mediante el desarrollo integral e incluyente, con la participación de la sociedad civil. Objetivo: - Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategia: - Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivo: - Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Estrategias: - Focalizar el apoyo a la población de 70 años y más, dando prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza. - Aprovechar la experiencia de los adultos mayores, propiciando las oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad. - Otorgar apoyo integral a las personas con discapacidad para su integración a las actividades productivas y culturales, con plenos derechos y con independencia. - Procurar el acceso de personas en condiciones de vulnerabilidad a redes sociales de protección.	Objetivo: - Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Estrategias: - Producir esquemas de desarrollo comunitario por medio de procesos de participación social. - Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Líneas de acción: - Fortalecer a los actores sociales que promueven el desarrollo social de los grupos en situación de vulnerabilidad y rezago. - Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.
Programa Sectorial de Desarrollo Social (PSDS) ^{1/}		
Objetivo: - Modernizar la política de asistencia social como un instrumento de equidad e inclusión. Estrategia: - Responder a los retos de la transición demográfica. Líneas de acción: - Crear conciencia en la población en general, en la familia y en los mismos adultos mayores sobre sus derechos, así como sobre las necesidades y cuidados especiales que deben observar para lograr una vida digna. - Apoyar las condiciones para que los adultos continúen participando activamente.	Objetivo: - Abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables por medio de estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud. Estrategia: - Procurar el acceso a instancias de protección social a personas en situación de vulnerabilidad. - Atender, desde el ámbito del desarrollo social, las necesidades de los adultos mayores mediante la integración social y la igualdad de oportunidades. Promover la asistencia social a los adultos mayores en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, dando prioridad a la población de 70 años y más, que habita en comunidades rurales con los mayores índices de marginación. Líneas de acción: - Se coordinarán esfuerzos de los distintos actores involucrados en los procesos, actividades de acompañamiento y dotación de servicios, y estar así en posibilidades de brindar los servicios básicos.	Objetivo: - Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas. Estrategia: - Procurar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores. Línea de acción: - Realizar campañas de comunicación para difundir y fortalecer los valores de solidaridad intergeneracional, el apoyo familiar en la vejez y la no discriminación hacia las personas adultas mayores. Objetivo: - Fortalecer la participación social para impulsar el desarrollo comunitario por medio de esquemas de inclusión productiva y cohesión social.

Continúa...

...Continuación

	• Se impulsarán políticas públicas que atiendan las necesidades de los adultos mayores, y se promoverán cambios para que las instituciones públicas y la sociedad puedan enfrentar el envejecimiento de la población.	Estrategia: • Fortalecer a los actores sociales para que por medio de sus actividades promuevan el desarrollo de la cohesión y el capital social de grupos y regiones que viven en situación de vulnerabilidad y exclusión. Líneas de acción: • Apoyar proyectos de la sociedad civil por medio de mecanismos de coinversión que promuevan el desarrollo y la inclusión social.
Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres (PNIONDCM 2013-2018)		
n.a.	n.a.	Objetivo: • Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres. Estrategia: • Promover acciones afirmativas para garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres y evitar la discriminación de género. Líneas de acción: • Difundir los derechos de mujeres en situación de vulnerabilidad: indígenas, discapacitadas, migrantes, adolescentes, pobres, adultas mayores y reclusas. • Realizar acciones afirmativas para erradicar la discriminación de mujeres indígenas, discapacitadas, migrantes, pobres, adultas mayores y reclusas. • Promover acciones afirmativas para dotar de identidad civil a niñas, adolescentes, jóvenes, adultas mayores, indígenas y no indígenas, discapacitadas y migrantes. Objetivo: • Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres y niñas, y garantizarles acceso a una justicia efectiva. Estrategia: • Garantizar una vida libre de violencia a mujeres, niñas, indígenas, discapacitadas, migrantes internas y jornaleras.

Continúa...

...Continuación

		Líneas de acción: • Promover la formación de personal indígena, para brindar servicios de atención a mujeres, niñas y adultas mayores, víctimas de violencia.
Programa Nacional de Derechos Humanos (PNDH)^{2/}		
Objetivo: • Crear una cultura de respeto, protección y promoción de los derechos humanos. Estrategia: • Difundir, entre la población, el contenido y alcance de los derechos humanos, así como sus mecanismos de protección nacionales e internacionales. Línea de acción: • Difundir, entre toda la población, los derechos humanos y sus mecanismos de protección por medio de campañas y medios masivos.	Objetivo: • Consolidar una cultura de respeto y defensa de los derechos humanos. Estrategia: • Dar a conocer a la población para su protección, los instrumentos y mecanismos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos. Línea de acción: • Elaborar materiales que contribuyan a la difusión, de una cultura y respeto de los derechos humanos, con el conocimiento de las convenciones internacionales en defensa de los derechos de las mujeres y de los grupos específicos de la sociedad en situación de vulnerabilidad y discriminación.	Objetivo: • Garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos. Estrategia: • Responder a las problemáticas de derechos humanos de personas y grupos específicos. Líneas de acción: • Implementar acciones afirmativas para hacer realidad el derecho a la igualdad de personas y grupos en situación de vulnerabilidad.
Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación (PNIND 2014-2018)^{3/}		
n.a.	n.a.	Objetivo: • Fortalecer el cambio cultural en favor de la igualdad, diversidad, inclusión y no discriminación con participación ciudadana. Estrategia: • Impulsar acciones contra la discriminación en razón de la edad. Líneas de acción: • Ampliar la oferta cultural y educativa para la inclusión de las personas adultas mayores. • Originar acciones para revalorar el respeto y trato digno de las personas adultas mayores en la comunidad y familias.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información de los **Planes Nacionales de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012, 2013-2018**; el **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**; el **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012 y 2013-2018**; el **Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018**; el **Programa Nacional de Derechos Humanos 2004-2006, 2008-2012 y 2014-2018**, y el **Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018**.

n.a. No aplica.

^{1/} El Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006 cambió de nombre para los periodos siguientes a Programa Sectorial de Desarrollo Social.

^{2/} El 5 de agosto de 2005 se publicó el segundo Programa Nacional de Derechos Humanos que comprendió el periodo 2004-2006, el cual continuó publicándose en los periodos 2008-2012 y 2014-2018.

^{3/} En 2014 que se publicó el Decreto por el que se aprueba el primer Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación 2014-2018.

En el periodo 2001-2006, las estrategias del PND se enfocaron en realizar políticas incluyentes para la integración de los grupos vulnerables y para la atención de los adultos mayores con el objetivo de fortalecer la cohesión social y acrecentar la igualdad de oportunidades para toda la población. En congruencia, en el PSDS se propuso la línea de acción dirigida a crear consciencia en la población en general, pero también en los adultos mayores sobre sus derechos.

Para el periodo 2007-2012, las estrategias del PND continuaron enfocándose en la protección y apoyo de los grupos vulnerables; asimismo, se buscó revalorar la experiencia de las personas adultas mayores proponiendo actividades productivas para su desarrollo, con el objetivo de abatir la marginación que enfrentan los grupos vulnerables para proveer igualdad de oportunidades. En el PSDS se estableció la línea de acción de promover cambios para que las instituciones públicas y la sociedad puedan enfrentar el envejecimiento de la población.

En el PND 2013-2018, el desarrollo social de los grupos vulnerables se mantuvo como una preocupación, las estrategias se orientaron a articular políticas específicas que atiendan cada etapa de la vida, con el objetivo de construir una sociedad igualitaria, equitativa e incluyente. Asimismo, las líneas de acción establecidas se enfocaron en fortalecer la participación y protección de los derechos de las personas adultas mayores.

Existen programas específicos enfocados en la atención de grupos vulnerables, tal es el caso del “Programa Nacional de Derechos Humanos 2004-2006” que entre sus objetivos destacó el de crear una cultura de respeto, protección y promoción de los derechos humanos; el “Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018”, en el cual se propusieron acciones contra la discriminación, en razón de la edad, y el “Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018”, cuyas acciones se enfocaron en erradicar la violencia y discriminación de las mujeres en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres adultas mayores, con el objetivo de crear un cambio cultural que propicie la igualdad y el respeto de sus derechos.

En síntesis, en el periodo 2001-2014, la planeación nacional y sectorial estableció la necesidad de implementar una política dirigida a la revaloración social de las personas adultas mayores, por lo que se consideró necesario fortalecer la cohesión y el capital social; promover cambios en las instituciones y en la sociedad para enfrentar el envejecimiento de la población, y realizar campañas de comunicación para difundir y fortalecer los valores en la solidaridad

intergeneracional, el apoyo familiar en la vejez, y la no discriminación hacia las personas adultas mayores.

3.3.2. Atención del adulto mayor

La vulnerabilidad que presenta la población de adultos mayores se reflejó también en el ejercicio de sus derechos fundamentales en materia de salud, seguridad económica, vivienda, empleo y satisfactores culturales y la oferta educativa. Ante las desventajas a las que se enfrenta este grupo de población para ejercer sus derechos, el Gobierno Federal ha diseñado estrategias de política para atenderlas en cada área.

3.3.2.1. Atención de la salud del adulto mayor

Los elementos que conforman el diseño programático para la atención de la salud del adulto mayor se presentan a continuación:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: • Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategia: • Desarrollar políticas incluyentes para la atención de los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivo: • Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Estrategia: • Avanzar en el concepto de seguridad social para ampliar el alcance y cobertura de los programas de gobierno enfocados en la protección de grupos vulnerables.	Objetivo: • Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. • Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia: • Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. • Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. • Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Líneas de acción: • Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores para garantizar su calidad de vida en materia de salud. • Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud con independencia de la condición social o laboral. Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud con independencia de la condición social o laboral.

Continúa...

...Continuación

Programa Sectorial de Salud	Programa Nacional de Salud	Programas Sectorial de Salud
Objetivos: • Mejorar las condiciones de salud de la población. • Abatir las desigualdades en salud. Estrategias: • Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud. Líneas de acción: • Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.	Objetivos: • Mejorar las condiciones de salud de la población. • Reducir las brechas o desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas. • Prestar servicios de salud con calidad y seguridad. Estrategias: • Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y de prevención y control de enfermedades. • Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos. Líneas de acción: • Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables. • Reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones.	• Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud. Objetivo: • Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estrategias: • Promover el envejecimiento activo, saludable y con dignidad, y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Líneas de acción: • Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud.
Programa de acción: Atención al Envejecimiento		
Objetivo: • Proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia, y elevar la calidad de vida de los adultos mayores. Estrategias: • Promoción de la salud y comunicación social. • Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas. • Tratamiento y control de enfermedades. • Modelo integrado de atención a la salud. Líneas de acción: • Elaborar la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Envejecimiento. • Crear mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar al adulto mayor.	Objetivos: • Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable. • Coadyuvar en la instalación de estructuras dentro del Sistema Nacional de Salud que aborden la epidemia de enfermedades crónicas y la atención del envejecimiento. • Mejorar las habilidades y competencias de los profesionales de la salud por medio de la capacitación a distancia y presencial en el área de atención del envejecimiento. Estrategias: • Desarrollo de modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.	Objetivo: • Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia. Estrategias: • Fortalecer mecanismos rectores para atender las patologías de mayor relevancia con perspectiva de género. • Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud, en temas relevantes para la atención de las personas adultas mayores. • Promover la realización de investigaciones sobre enfermedades crónicas en la población, su análisis y difusión de resultados. • Gestionar modelos de atención gerontogeriátricos con atención multidisciplinaria en unidades de primer nivel de atención.

Continúa...

...Continuación

• Aplicar la encuesta de factores de riesgo de diabetes, hipertensión y obesidad, así como la detección de factores de riesgo nutricionales en la población mayor de 60 años de edad. • Incorporar a los adultos mayores con hipertensión, mediante el control de su presión arterial, en las actividades consideradas en el plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. • Coordinar acciones del programa entre las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, el Instituto Nacional de la Plenitud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como con organismos no gubernamentales. • Participar en la formación de profesionales en la materia y promover su integración al Sistema Nacional de Salud. • Capacitar al personal del Sistema Nacional de Salud, así como a los cuidadores informales (familia y amigos), responsables de la atención de los adultos mayores. Indicadores: • Cobertura de detecciones integradas de diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad prostática y riesgo nutricional para este grupo de edad. • Cobertura de la "Cartilla Nacional de Salud para el Adulto en Plenitud". • Cobertura de Centros Estatales de Capacitación, con planes educativos en materia de gerontología básica. • Porcentaje de adultos mayores con hipertensión participando en el "Plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular". • Cobertura del Programa de Atención Domiciliaria para enfermos crónicos implementados en las entidades federativas y el Distrito Federal.	• Innovación en la prestación de servicios de salud para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas a programa que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud. • Desarrollo y fortalecimiento de la capacitación para mejorar la calidad en la atención que brinda el equipo responsable del adulto mayor, a fin de favorecer un envejecimiento activo y saludable. Líneas de acción: • Conformar, supervisar y mantener actualizada la plantilla de personal con enfoque gerontogeriátrico para la atención de este grupo de edad. • Ampliar el cuadro básico de medicamentos para el manejo de las enfermedades de mayor prevalencia en los adultos mayores. • Implementar Centros de Día de atención al Envejecimiento (Geronto-Geriátricos). • Realizar guías, manuales y protocolos con referencia a la atención del adulto mayor. • Intensificar las acciones de promoción y detección durante la Semana Nacional de Salud para Gente Grande. • Llevar a cabo la detección de depresión y alteraciones de memoria. • Desarrollar los diplomados a distancia en materia de envejecimiento, así como talleres de depresión, alteraciones de memoria y cuidadores primarios. • Realizar convenios educativos y de intercambio cultural con los sectores público, social y privado, con la finalidad de fomentar la sensibilización y aprendizaje de calidad en materia de envejecimiento. Indicadores: De impacto • Mortalidad del adulto mayor por neumonía e influenza. De impacto medio • Cobertura de vacunación antiinfluenza. • Detección de depresión en adultos mayores. • Detección de alteraciones de memoria en adultos mayores.	• Fomentar la atención integral de las enfermedades de mayor prevalencia en la persona adulta mayor. Líneas de acción: • Realizar asesoría, supervisión y evaluación con sustento documental para la homologación de los mecanismos rectores. • Impulsar acciones educativas para el personal de salud en patologías de mayor relevancia. • Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas. • Fomentar acciones de prevención, detección y control de manera permanente y en campaña. Indicadores y metas: • Mortalidad por neumonías. Meta: reducción del 6.0%. • Cobertura de salud mental en la detección de depresión. Meta: 30.0%. • Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN). Meta: 100 puntos anuales. • Campaña en Semana de Salud para Gente Grande (SSGG). Meta: 60.0% • Cobertura de salud mental en la detección de alteraciones de memoria. Meta: 30.0% • Detección de síndromes geriátricos: Caídas. Meta: 20.0% • Detección de síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria. Meta: 20.0%

Continúa...

...Continuación

	De proceso • Comités Estatales de Atención al Envejecimiento activos. • Disponibilidad de cartillas de salud unificadas. • Semana de Salud para Gente Grande. • Capacitación sobre envejecimiento para el primer nivel de atención. De producto • Dieciséis diagnósticos situacionales del envejecimiento (Encuesta SABE). • Implementar veinte Centros de Día de Atención al Envejecimiento (Gerontogerítricos). • Campaña de Comunicación (Envejecimiento Activo y Saludable). • Adecuación del sistema de información para la evaluación del envejecimiento.	
IMSS, Programa Institucional 2001-2006	IMSS, Programa Institucional 2007-2012	IMSS, Programa Institucional 2014-2018
Objetivos: • Sistemas modernos de gestión de recursos humanos. • Decidido compromiso con la calidad. Estrategias: • Promover la formación de capital humano; proporcionar educación continua al personal de salud, y otorgar capacitación gerencial. • Formar, capacitar y actualizar recursos humanos para proporcionar atención integral con calidad y humanismo, acorde a las prioridades de salud y bienestar de la población rural marginada. • Responder a las necesidades derivadas de la ampliación de la cobertura. • Impulsar la elevación de la calidad de los servicios expresada como trato digno y atención efectiva, eficiente, ética y segura, para llevarla a niveles aceptables y homogéneos en todo el país, que sean claramente percibidos por toda la población, de acuerdo con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. • Dirigir la investigación en salud hacia los principales problemas de la población. • Operar el Programa de Envejecimiento Exitoso.	Objetivos: • Mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente. • Contribuir a reducir las desigualdades que afecten la salud de la población en comunidades marginadas y de grupos vulnerables. Estrategias: • Implementar una estrategia de prestación de servicios para la provisión sistemática y ordenada de las acciones preventivas. • Modernizar, actualizar y reforzar el Modelo de Atención Integral a la Salud, orientado a la provisión de servicios preventivos y curativos con estándares de calidad y trato digno a la población derechohabiente, con énfasis en prevención de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas: tuberculosis, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Líneas de acción: • Consolidar los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). • Consolidar el esquema de Atención Preventiva Integrada. • Garantizar el acceso a las acciones integrales de salud para propiciar el desarrollo. • Involucrar a la población adscrita al programa en la promoción y cuidado de su salud, coordinadamente con la red de voluntarios y asistentes de salud en las comunidades.	Objetivos: • Contribuir a la universalización del acceso a la salud. • Mejorar el modelo de atención a la salud. Estrategias: • Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud. • Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación. Líneas de acción: • Colaborar con las instituciones del sector para incrementar la cartera de servicios de salud susceptibles para el intercambio. • Mejorar la atención integral a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Continúa...

...Continuación

	Indicadores y metas: • Cobertura de Atención Preventiva Integrada a derechohabientes. Meta: 30.0%	
ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006	ISSSTE, Programa Institucional 2007-2012	ISSSTE, Programa Institucional 2014-2018
Objetivo: • Garantizar servicios médicos y de salud de calidad accesibles para todos los derechohabientes. Estrategia: • Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de los derechohabientes. Líneas de acción: • Reforzar la prestación de servicios integrales de salud; de atención preventiva, curativa y de rehabilitación, por medio del modelo familiar preventivo. • Crear un sistema de envejecimiento exitoso, al enfocar la atención médica del adulto mayor en los tres niveles de atención para disminuir la discapacidad y la mejor utilización de los servicios de salud.	Objetivo: • Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población derechohabiente, mediante programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica integral. Estrategia: • Desarrollar modelos que privilegien la atención geriátrica y gerontológica.	Objetivo: • Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez. Estrategia: • Ajustar modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Líneas de acción: • Fortalecer programas de prevención de salud y detección temprana de enfermedades. • Definir programas de atención especializada a grupos prioritarios.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Plan Nacional de Salud 2001-2006**, el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018**; el **Programa de Acción: Atención al envejecimiento 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; el **Programa Institucional del IMSS 2001-2006, 2007-2012 y 2014-2018**; el **Programa Institucional del ISSSTE 2001-2006, 2007-2012 y 2014-2018**.

En el periodo 2002-2014, la planeación nacional estableció objetivos y estrategias relacionadas con los servicios de salud para los adultos mayores. Entre 2001 y 2012, la política se orientaba a proponer la equidad y la igualdad de oportunidades; como parte de ella se propuso mejorar la salud de la población vulnerable, entre las cuales está la adulta mayor. En el periodo 2013-2018, la planeación nacional se tornó específica en esta materia, al establecer que se debían articular políticas para cada etapa del ciclo de la vida y avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, para lo cual se deberá garantizar el acceso y la calidad de los servicios a toda la población, particularmente de la población adulta mayor.

A partir de 2001, la SS definió un programa específico para la atención de los adultos mayores, denominado Programa de acción: Atención al envejecimiento, y el cual ha trascendido en las tres administraciones del periodo. En términos generales, este programa propone atención especializada a las personas adultas mayores, por lo que sus estrategias y líneas de acción están orientadas al fortalecimiento de la atención médica, en los campos del desarrollo de modelos

de salud integral y especial; en la investigación geriátrica; en la formación de personal especializado, y en la promoción del envejecimiento activo y saludable. Este programa dispuso de objetivos, indicadores y metas, enfocados principalmente en las acciones preventivas y de detección de enfermedades propias de los adultos mayores.

En el diseño, el Programa de acción: Atención al envejecimiento representó un avance en la atención de la salud del adulto mayor, ya que no sólo se reconoce la problemática que afecta a este grupo de población y la necesidad de la atención médica especializada, sino que el Gobierno Federal trazó una primer ruta de acción para atender la problemática, la cual ha trascendido las distintas administraciones del periodo.

En lo que respecta a las institutos de seguridad social, en los programas institucionales del IMSS se definieron objetivos, estrategias y líneas de acción dirigidos a mejorar las condiciones de salud de su población derechohabiente, para lo cual se deberá mejorar el acceso a los servicios de salud y reorganizar la provisión de la atención integral a la salud en materia de prevención, curación y rehabilitación. En el periodo 2001-2006, se definió una estrategia dirigida a implementar un programa enfocado en el envejecimiento; en los periodos subsecuentes, las estrategias en materia de salud fueron de carácter general.

El ISSSTE, en sus programas institucionales, centró sus estrategias en el acceso efectivo y en la calidad de los servicios de salud de sus derechohabientes en general. En el periodo 2007-2012, se definió una estrategia para desarrollar modelos de atención geriátrica y gerontológica; sin embargo, esta estrategia no trascendió para el periodo 2013-2018.

En síntesis, en el periodo 2001-2014, el acceso a la salud de la población vulnerable, como una condición de la equidad y la igualdad, ha sido un objetivo constante en la planeación nacional; en el periodo 2013-2018 se resaltó la importancia de articular políticas para cada etapa del ciclo de vida de la población, lo que ponen en el centro del debate no sólo la necesidad de proporcionar servicios de salud a los adultos mayores, sino que dichos servicios deben ser especializados; sin embargo, en la planeación institucional del IMSS y del ISSSTE la programación no fue precisa, ya que los adultos mayores no ocuparon un espacio específico, sino que compartieron elementos programáticos con todos los derechohabientes.

Asimismo, desde 2001 la SS puso en marcha el Programa de acción: Atención al envejecimiento, el cual precisa las áreas de especialización que se deben fortalecer para dar una atención integral y elevar la calidad de vida de la población adulta mayor, por lo que, en el diseño, el Gobierno Federal dispuso de los objetivos, estrategias y líneas de acción que deben dirigir la atención de la salud de este grupo de población. En general, destacó que los indicadores y metas definidos por el IMSS y el ISSSTE proveen de una medición sesgada de los alcances de sus objetivos, ya que son predominantemente relativos a la salud preventiva y, en especial, al caso de la diabetes, incorporando en ellos datos de la población general, así como de las personas adultas mayores.

3.3.2.2. Seguridad económica

En lo que respecta a la seguridad económica de los adultos mayores, el diseño programático consta de los aspectos siguientes:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA GARANTIZAR SEGURIDAD ECONÓMICA A LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: • Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategia: • Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivo: • Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Estrategia: • Avanzar en el concepto de seguridad social para ampliar el alcance y cobertura de los programas de gobierno enfocados a la protección de grupos vulnerables.	Objetivos: • Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. • Ampliar el acceso a la seguridad social. Estrategias: • Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. • Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población. Líneas de acción: • Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social. • Promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores.

Continúa...

...Continuación

Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
Objetivos: • Producir igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables. • Reducir la pobreza extrema. Estrategia: • Promover oportunidades de empleo e ingresos de las personas y los hogares en condición de pobreza. • Mejorar la seguridad de las familias y de las personas en condición de pobreza. Líneas de acción: • Fortalecer alternativas de empleo e ingreso para grupos vulnerables. • Establecer instrumentos que den constancia de solvencia moral y económica.	Objetivo: • Abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables por medio de estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud. Estrategia: • Promover la asistencia social a los adultos mayores en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, con prioridad para la población de 70 años y más que habita en comunidades rurales con los mayores índices de marginación. Líneas de acción: • Se coordinarán acciones con el sector privado y organizaciones de la sociedad civil.	Objetivo: • Dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socio-económico de la población en situación de carencia o pobreza. Estrategia: • Asegurar un ingreso mínimo para las personas de 65 años y más que no cuentan con una pensión o jubilación, para incrementar su bienestar económico y social. Líneas de acción: • Proporcionar apoyos económicos a personas adultas mayores de 65 años de edad y más que no reciben ingresos por jubilación o pensión. • Fomentar la inclusión financiera de las personas adultas mayores por medio del pago de los apoyos económicos por medios electrónicos. Indicadores y metas: • Porcentaje de personas de 60 años o más en situación de pobreza y que presentan carencia por acceso a la seguridad social. Meta: 15.0%.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**, y del **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012 y 2013-2018**

En el periodo 2001-2014, los planes nacionales de desarrollo incluyeron objetivos y estrategias para brindar seguridad económica a los adultos mayores, desde una perspectiva de igualdad social para contar con oportunidades de desarrollo individual, por lo que se determinó establecer políticas incluyentes para los ciudadanos mayores de edad, poniendo énfasis en la ampliación del alcance y la cobertura de los sistemas de seguridad social, de los cuales depende la mayoría de los integrantes de ese grupo etario.

En congruencia con esa programación, los documentos de la planeación sectorial plantearon objetivos, estrategias y líneas de acción para abatir el rezago social y económico de los adultos mayores, dotándoles de esquemas de seguridad social, para lo que se programó que en conjunción con las acciones de incorporación al mercado laboral, se deberán entregar apoyos económicos a las personas adultas mayores que no tuvieran la prestación de una pensión

producto de su trayectoria laboral, las cuales son más susceptibles de encontrarse en situación de pobreza. La estrategia en materia de seguridad económica se centra en la entrega de pensiones no contributivas; sin embargo, en los periodos 2001-2006 y 2007-2012 no se definieron indicadores y metas para medir los avances en el combate a la pobreza en los adultos mayores.

Asimismo, el diseño programático en materia de seguridad económica se concentra en la SEDESOL; no obstante, que la LDPAM establece atribuciones al respecto para la SCT y el INAPAM, en el caso de la primera, no se identifican estrategias en sus programas sectoriales y en el caso del segundo, no dispone de un programa institucional de mediano plazo en el que se traduzcan las atribuciones de la LDPAM en objetivos, estrategias y líneas de acción.

3.3.2.3. Acceso a una vivienda-hogar

El diseño programático para el acceso y calidad de la vivienda-hogar de las personas adultas mayores se expone a continuación:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA VIVIENDA-HOGAR AL ADULTO MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: • Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategia: • Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivo: • Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Estrategia: • Avanzar en el concepto de seguridad social para ampliar el alcance y cobertura de los programas de gobierno enfocados en la protección de grupos vulnerables.	Objetivo: • Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Estrategia: • Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Líneas de acción: • Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para garantizar su calidad de vida.
Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
Objetivos: • Reducir la pobreza extrema. • Generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables. Estrategia: • Apoyar al desarrollo del patrimonio básico de los hogares en condición de pobreza. Líneas de acción: • Apoyar a las familias de escasos recursos y sin acceso a fuentes de financiamiento, mediante el otorgamiento de créditos y apoyos para la adquisición, construcción y ampliación de viviendas. • Apoyar el mejoramiento de las condiciones de las viviendas de las familias en situación de pobreza.	Objetivo: • Mejorar la calidad de vida en las ciudades, con énfasis en los grupos sociales en condición de pobreza, mediante la provisión de infraestructura social y vivienda digna, así como consolidar ciudades eficientes, seguras y competitivas. Estrategias: • Mejorar las condiciones de vivienda de los hogares en condiciones de pobreza para fortalecer su patrimonio. Líneas de acción: • Se producirán las condiciones para que las familias de menores ingresos tengan acceso a recursos que les permitan contar con una vivienda digna.	Objetivo: • Construir un entorno digno que propicie el desarrollo por medio de la mejora en los servicios básicos, la calidad y espacios de la vivienda y la infraestructura social. Estrategia: • Reducir los rezagos en servicios básicos, calidad y espacios de la vivienda e infraestructura social comunitaria de la población que habita en zonas de atención prioritaria y localidades marginadas. Líneas de acción: • Mejorar la calidad, espacios y los servicios básicos de las viviendas en Zonas de Atención Prioritaria y localidades marginadas.
Programa Sectorial de Vivienda 2001-2006	Programa Nacional de Vivienda 2008-2012	Programa Nacional de Vivienda 2014-2018
Objetivo: • Fortalecer las políticas de subsidios transparentes y de mejoramiento de vivienda que apunte el mercado habitacional en todas las regiones del país, para fortalecer el desarrollo económico, social y sustentable que permita brindar las mismas oportunidades para la población demandante de la ciudad y el campo.	Objetivo: • Incrementar la cobertura de financiamientos de vivienda ofrecidos a la población, preferentemente a la que se encuentra en situación de pobreza.	Objetivo: • Mejorar la calidad de la vivienda rural y urbana y su entorno, al tiempo de disminuir el déficit de vivienda.

Continúa...

...Continuación

Estrategia: • Apoyo social a la población más necesitada para la adquisición de vivienda, el mejoramiento habitacional rural y urbano, y la consolidación jurídica de su patrimonio. Líneas de acción: • Diseñar la política de subsidios directos, transparentes para las familias de menores ingresos, así como sus mecanismos de distribución. • Diseñar y operar programas para el mejoramiento físico de la vivienda. • Instrumentar un programa de mejoramiento jurídico para consolidar la tenencia de la propiedad de la vivienda.	Estrategia: • Fortalecer el ahorro y la capacidad de compra de la población de menores ingresos, preferentemente a la que se encuentra en situación de pobreza, para la adquisición de vivienda nueva, semi-nueva o usada, y estimular el desarrollo de una oferta de vivienda a precios accesibles. Se busca dar un énfasis particular a la atención de la demanda de madres solteras, adultos mayores y otros grupos vulnerables de la sociedad. Líneas de acción: • Impulsar criterios de prioridad para grupos vulnerables, tales como adultos mayores, personas con capacidades diferentes, madres solteras o población indígena, así como para que la población pueda formar su patrimonio desde edades tempranas	Estrategias: • Establecer los mecanismos para que la población cuente con una vivienda sustentable y de calidad. • Consolidar una estrategia para que la vivienda esté acompañada de un entorno sustentable y competitivo. Líneas de acción: • Abatir el hacinamiento procurando que la vivienda financiada por los organismos públicos de vivienda cuente con al menos dos recámaras.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**; del **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Sectorial de Vivienda 2001-2006**, y del **Programa Nacional de Vivienda 2008-2012 y 2014-2018**.

En el periodo 2001-2014, los documentos de la planeación nacional programaron objetivos y estrategias dirigidos al desarrollo social de la población vulnerable, entre la que se encuentran los adultos mayores, y precisamente un elemento importante para la nivelación social es la protección de su derecho a la vivienda.

En la programación sectorial de desarrollo social se propuso, en términos generales, mejorar los servicios básicos, la calidad y los espacios de las viviendas de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, sin que se mencionara a los adultos mayores como un grupo prioritario de dichas acciones. Los programas específicos de vivienda proponen ampliar la cobertura de los subsidios de vivienda para atender a la población en pobreza, pero con excepción del Programa Nacional de Vivienda 2008-2012, no se establece la atención prioritaria de la población adulta mayor.

En síntesis, si bien la política nacional de vivienda incluye dentro de sus beneficios, como a cualquier otra persona, a la población adulta mayor, no existe una vertiente dirigida a atender las necesidades específicas de este grupo de población. Asimismo, no existe en el diseño una vinculación entre las instituciones que participan en este componente de la política, ya que si bien la SEDESOL y la CONAVI definieron sus estrategias dentro de sus ámbitos de competencia, el INAPAM no definió estrategias en esta materia para articular las acciones en beneficio de la

población adulta mayor; además, el diseño programático no incluyó indicadores ni metas para medir el efecto de sus acciones, a fin de garantizar el accesos a una vivienda-hogar digna para los adultos mayores.

3.3.2.4. Opciones de empleo

El diseño programático de las opciones de empleo para las personas adultas mayores es el siguiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA PROPORCIONAR OPCIONES DE EMPLEO A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: • Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategia: • Desarrollar políticas incluyentes para la atención y los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivo: • Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Estrategia: • Desarrollar información y diagnósticos que permitan focalizar la problemática social de las personas en situación de vulnerabilidad laboral para la generación de políticas públicas. • Fortalecer la coordinación institucional y la sinergia de acciones que permitan un mayor acceso de la población en situación de vulnerabilidad a un trabajo digno.	Objetivo: • Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Estrategia: • Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Líneas de acción: • Fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.
Programa Nacional de Política Laboral 2001-2006	Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012	Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018
Objetivos: • Impulsar una reforma laboral que propicie la justicia y el equilibrio entre los factores de la producción, a fin de contribuir a producir un desarrollo económico, dinámico, sostenible, sustentable e incluyente que conduzca el bienestar de las personas. • Fortalecer la nueva cultura laboral que promueva el trabajo como expresión de la dignidad de la persona, para su plena realización y para elevar su nivel de vida y el de su familia. Estrategias: • Capacitación. • Apoyar la generación de empleo que el país demanda.	Objetivo: • Promover la equidad y la inclusión laboral. Estrategias: • Desarrollar información y diagnósticos que permitan focalizar la problemática social de las personas en situación de vulnerabilidad laboral para la generación de políticas públicas. • Fortalecer la coordinación institucional y la sinergia de acciones, que permitan un mayor acceso de la población en situación de vulnerabilidad a un trabajo digno.	Objetivo: • Elevar la productividad de los trabajadores, de las empresas y de los productores del país. Estrategia: • Fortalecer las actividades de capacitación laboral y formación para el trabajo que eleven la productividad de los trabajadores. Líneas de acción: • Impulsar la participación laboral de mujeres, jóvenes, adultos mayores y discapacitados, en particular en sectores con mayor potencial productivo.

Continúa...

...Continuación

Líneas de acción: • Establecer centros de Evaluación para personas con capacidades diferenciadas y adultos mayores. • Promover una nueva cultura laboral con el sector empresarial por medio de la sensibilización para lograr el acceso al trabajo de las personas con capacidades diferenciadas y adultos mayores.	Líneas de acción: • Producir instrumentos que permitan contar con información precisa y oportuna en materia de vulnerabilidad laboral en México, para la toma de decisiones y el diseño e instrumentación de políticas laborales y de empleo. • Elaborar diagnósticos específicos, por grupo de población en situación de vulnerabilidad laboral. • Establecer redes de vinculación laboral entre el sector público, social y privado, dirigidas a la generación de oportunidades de ingreso y empleo de las personas en situación de vulnerabilidad laboral. • Sensibilizar y capacitar al personal de instituciones involucradas en el proceso de integración laboral. • Proporcionar modelos y metodologías de integración laboral de las personas en situación de vulnerabilidad laboral.	

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**; del **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Política Laboral 2001-2006**, y del **Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012 y 2013-2018**.

En el periodo 2001-2018, el objetivo de una sociedad equitativa ha trascendido en las tres distintas administraciones, y en torno a dicho objetivo ha girado la política social, de la cual se desprende el componente de empleo, especialmente para el grupo vulnerable de los adultos mayores.

En congruencia con la planeación nacional, los programas sectoriales de trabajo y previsión social proponen el fortalecimiento de la capacidad productiva de la población, como medio para elevar su calidad de vida, particularmente de los grupos vulnerables, entre los que se encuentra la población adulta mayor.

A pesar de la incorporación de los adultos mayores como parte de la población objetivo de la política de empleo, no se identificó alguna estrategia integral dirigida a atender las necesidades específicas de este grupo de población. Esta tarea, de acuerdo, con la LDPAM, es responsabilidad del INAPAM; sin embargo, la inexistencia de un programa que articule las acciones de las distintas instituciones que participan en la política propicia que el mandato establecido en la ley no se traduzca en una política pública estructurada, ordenada y con responsabilidades específicas para cada actor. Asimismo, el diseño programático careció de

indicadores y metas para medir los efectos de lo establecido para las opciones de empleo de las personas adultas mayores.

3.3.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa

El diseño programático relacionado con el mandato de garantizar satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa a las personas adultas se presenta a continuación:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA PROPORCIONAR SATISFACTORES CULTURALES, RECREATIVOS Y OFERTA EDUCATIVA A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: • Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Estrategias: • Desarrollar políticas incluyentes para la atención de los ciudadanos de edad avanzada.	Objetivos: • Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. • Lograr que todos los mexicanos tengan acceso a la participación y disfrute de las manifestaciones artísticas y del patrimonio cultural, histórico y artístico del país como parte de su pleno desarrollo como seres humanos. Estrategias: • Impulsar la apreciación, reconocimiento y disfrute del arte y las manifestaciones culturales por parte de la población. Líneas de acción: • Promover que en las instituciones federales y locales se adapten los espacios culturales para su disfrute por las personas con discapacidad y los adultos mayores.	Objetivo: • Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Estrategias: • Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Líneas de acción: • Llevar a cabo campañas para que las personas adultas mayores valoren la importancia del aprendizaje durante toda la vida. • Asegurar que las personas adultas mayores que lo requieran tengan la oportunidad de alfabetizarse o concluir la educación primaria, secundaria o del tipo medio superior.
Programa Nacional de Educación 2001-2006	Programa Sectorial de Educación 2007-2012	Programa Sectorial de Educación 2013-2018
	Objetivo: • Ampliar las oportunidades educativas para reducir desigualdades entre grupos sociales, cerrar brechas e impulsar la equidad. Estrategias: • Ofrecer servicios educativos gratuitos a jóvenes y adultos de 15 años o más que se encuentren en condición de rezago educativo con el Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo, para la adquisición, acreditación y certificación de los conocimientos y aprendizajes, en el marco de la educación integral y en atención a su formación ciudadana.	Objetivo: • Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa. Estrategias: • Intensificar y diversificar los programas para la educación de las personas adultas y la disminución del rezago educativo.

Continúa...

...Continuación

	Líneas de acción: • Impulsar el desarrollo curricular y la innovación pedagógica como base para la construcción de modelos educativos flexibles que respondan a las necesidades de grupos específicos de población, como mujeres, indígenas y personas de 15 a 39 años de edad, entre otros, y que motiven su permanencia en los servicios hasta concluir la educación básica.	Líneas de acción: • Llevar a cabo campañas para que las personas adultas mayores valoren la importancia del aprendizaje durante toda la vida. • Asegurar que las personas adultas mayores que lo requieran tengan la oportunidad de alfabetizarse o concluir la educación primaria, secundaria o del tipo medio superior.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Educación 2001-2006** y del **Programa Sectorial de Educación 2007-2012 y 2013-2018**

* Se incluyen tanto el Programa Nacional de Educación 2001-2006 como el Programa Sectorial de Educación 2007-2012 y 2013-2018.

En el periodo 2001-2018, se definieron objetivos y estrategias nacionales referentes a propiciar la igualdad de oportunidades para los grupos vulnerables de la población, para que éstos puedan ser independientes y plenos, incorporándose a la vida productiva y cultural. Específicamente, en el periodo 2007-2012, se definió en el PND una línea de acción para promover la adecuación de los espacios culturales en función de las características y necesidades de los adultos mayores; sin embargo, en ninguna de las administraciones se incluyó una estrategia dirigida a garantizar el acceso a la cultura a este grupo de población.

En los programas sectoriales de educación, se incorporaron objetivos, estrategias, y líneas de acción para ampliar las oportunidades educativas entre la población adulta en general, integrada por todos los sujetos mayores de 15 años, sin detallar elementos exclusivos para la atención de los adultos mayores.

Los programas específicos de cultura, a cargo del CONACULTA, y de turismo, a cargo de la SECTUR, no incluyeron estrategias dirigidas a las personas adultas mayores; no se programaron actividades relacionadas con los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa para la atención especial de los adultos mayores.

En el caso del INAPAM, al no disponer de un programa que articule las distintas acciones de las instituciones que participan en la política, no cumplió con su mandato como organismo rector de la política, ni con sus atribuciones en materia de cultura.

Asimismo, no se definieron indicadores, ni metas para medir el avance de las acciones de la referente a los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa.

En suma, en el diseño programático para la vertiente de atención del adulto mayor destacó lo siguiente:

En cuanto a los servicios de salud, la SS elaboró una estrategia integral que se preocupó por proporcionar accesibilidad a los servicios de salud a las personas adultas mayores, pero el IMSS y el ISSSTE no definieron objetivos, estrategias y líneas de acción suficientes para atender integralmente a sus derechohabientes de 60 años y más, y se enfocaron en la prevención de enfermedades como la diabetes, pero de un modo general para todos sus asegurados.

En relación con la seguridad económica, existió una programación específica para este grupo de población, pero fue unilateral en dos sentidos, el primero se debe al enfoque hacia las pensiones no contributivas, sin que las acciones correspondientes conformaran un plan integral junto con las pensiones contributivas, y el segundo sentido es causado por la concentración de los factores de la programación en la SEDESOL, relegando a los otros actores de la política.

En los casos de la vivienda-hogar y las opciones de empleo, la programación fue homogénea con todos los grupos vulnerables de la población, sin distinguir acciones exclusivas para las personas adultas mayores, además de que no se definieron mecanismos para articular a los encargados de la atención de estas vertientes de la política.

Para los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa, predominó la ausencia de elementos programáticos exclusivos para los adultos mayores, ya que los encargados de la materia cultural y turística, el CONACULTA y la SECTUR, no incluyeron en su programación particular la atención de este grupo de población, además de que si bien se estimaron estrategias para la nivelación educativa de los adultos en general, no se detalló el caso de las personas de 60 años y más.

En relación con los indicadores y metas que permitieran medir los avances de la política de atención al adulto mayor, en la vertiente de servicios de salud, se definieron, pero se abocaron primordialmente en la prevención de enfermedades como la diabetes y, de modo general, para todos los derechohabientes, lo que obstaculiza una evaluación integral de los objetivos del IMSS y del ISSSTE en materia de adultos mayores.

3.3.3. Planificación del envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional conlleva riesgos importantes, principalmente los relacionados con la viabilidad financiera de los sistemas de salud y de pensiones; pero también exigirá nuevas dinámicas sociales, debido al crecimiento irreversible de la población adulta mayor, por lo que la educación para la vejez es un elemento primordial a favor de un envejecimiento saludable.

A continuación se presenta el diseño programático dirigido al logro de una planeación estratégica del envejecimiento poblacional, en el periodo 2002-2014, con base en los objetivos, estrategias y líneas de acción definidos en la planeación nacional y sectorial:

3.3.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

El diseño programático definido por el Gobierno Federal para atender el problema de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se presenta en el cuadro siguiente:

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: - Mejorar los niveles de educación y bienestar de la población. Estrategia: - Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias.	Objetivo: - Mejorar las condiciones de salud de la población. Estrategia: - Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.	Objetivo: - Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia: - Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Líneas de acción: - Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión. - Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes. - Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. - Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.

Continúa...

...Continuación

		Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.
Programa Nacional de Salud	Programa Sectorial de Salud	Programa Sectorial de Salud
Objetivo: - Mejorar las condiciones de salud de la población. Estrategia: - Vincular a la salud con el desarrollo económico y social. Líneas de acción: - Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud. - Promover la educación saludable. - Impulsar políticas fiscales saludables. Estrategia: - Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Líneas de acción: - Disminuir la prevalencia de diabetes. - Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión. - Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. - Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas. - Atender las neoplasias malignas. - Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA. - Fortalecer la prevención y rehabilitación de discapacidades.	Objetivo: - Mejorar las condiciones de salud de la población. Estrategia: - Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y de prevención y control de enfermedades. Líneas de acción: - Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y de prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud. - Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.	Objetivo: - Consolidar las acciones de protección y promoción de la salud, y de prevención de enfermedades. Estrategia: - Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario. Líneas de acción: - Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. - Impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo. - Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social. - Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular en las escuelas de educación básica, media superior y superior. - Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental y bucal. Estrategia: - Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Líneas de acción: - Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local. - Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes. Estrategia: Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones. Línea de acción: - Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

Continúa...

...Continuación

Programa de Acción: Atención del Envejecimiento		
Objetivos: • Disponer de esquemas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental. • Detectar las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan a la población adulta mayor. Estrategias: • Promoción de la salud y comunicación social. • Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas. • Tratamiento y control de enfermedades. • Modelo integrado de atención a la salud. Líneas de acción: • Elaborar la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Envejecimiento con la participación de líderes de opinión en la materia. Realizar una campaña permanente para favorecer la cultura y lograr una vejez activa y sana.	Objetivos: • Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor del envejecimiento activo y saludable. • Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable. Estrategias: • Implementación de campañas de comunicación social y educativa, en pro de un envejecimiento activo y saludable en la agenda de todos los grupos de edad. Líneas de acción: Lograr la sensibilización de la población en general sobre el proceso de envejecimiento a fin de realizar las acciones de autocuidado necesarias para alcanzar un envejecimiento activo y saludable con el apoyo sectorial.	

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Planeación Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Población 2001-2006, 2008-2012 y 2014-2018**; del **Programa Nacional de Salud 2001-2006**; del **Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018**, y del **Programa de Acción: Atención al Envejecimiento 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**.

Los objetivos del PND para el periodo 2001-2018 se dirigieron a mejorar las condiciones de salud de la población, para lo cual una estrategia central es la prevención. Particularmente, en el periodo 2013-2018 se priorizó el enfoque de la prevención y promoción para una vida saludable, por lo que las acciones se dirigieron a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles; a la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes; a la atención de problemas de adicción; al control de enfermedades de transmisión sexual, y al fortalecimiento de programas de detección oportuna de los principales casos de neoplasias en la población.

En correspondencia, la programación sectorial en salud adoptó como eje la estrategia vinculada con la prevención; específicamente en el periodo 2013-2018 se desarrolló, en el diseño, una amplia estrategia que busca consolidar las acciones de protección y promoción de la salud y de prevención de enfermedades, basada en intervenciones que modifiquen el actuar de las personas y afirmen la responsabilidad individual respecto de comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de drogas y, en general, en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Este objetivo se propuso modificar la visión

imperante de la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.

Asimismo, en 2001 se publicó un programa especial de atención al envejecimiento, el cual orientó sus objetivos, estrategias y líneas acción hacia el propósito de prevenir las complicaciones de salud asociadas al envejecimiento; sin embargo, el alcance de sus acciones se limitó a las personas adultas mayores, lo que supuso la reducción de los efectos positivos en la salud, derivados de la aplicación de las medidas preventivas desde las edades más tempranas de la vida, lo cual evidenció que la concepción de la política de salud consideró, en ese momento, que el envejecimiento inicia, o al menos se agudiza, a partir de los 60 años.

En el periodo 2007-2012, se establecieron dos objetivos relacionados con el envejecimiento activo y saludable: el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial y la implementación de esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores. Aunque estos propósitos de política confirman que la prioridad de la atención del envejecimiento estaba puesta en las propias personas adultas mayores sin incluir las próximas generaciones que formaran parte de este grupo poblacional; no obstante que las estrategias señalan que el enfoque preventivo debe extenderse a todos los grupos de edad y lograr la sensibilización de la población en general sobre el proceso de envejecimiento, a fin de realizar las acciones de autocuidado necesarias para alcanzar una vejez activa y saludable.

Para el periodo 2013-2018, los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Específico de Envejecimiento se concentraron exclusivamente en las personas adultas mayores; no obstante, paralelo a este programa, la SS definió programas específicos en materia de comunidades saludables, alimentación y actividad física, y promoción de la salud.

La “Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013-2018” definió como una de sus prioridades a la salud pública, para la cual se deberían implantar acciones de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y sus principales determinantes, de promoción de estilos de vida saludables y campañas educativas, así como la prevención activa en personas que presentan factores de riesgo.

Considerando la importancia y cobertura que los institutos de seguridad social tienen en el SNS, a continuación se presenta la planeación de mediano plazo que éstos realizaron en materia de prevención de la salud de su población derechohabiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL, 2001-2018

2001-2006	2007-2012	2014-2018
Instituto Mexicano del Seguro Social		
Objetivo: - Decidido compromiso con la calidad. Estrategias: - Ampliar y modernizar los servicios de orientación e información dirigidos a la población para difundir el conocimiento de medidas preventivas para el mejoramiento de su salud. - Renovar y fortalecer los programas de educación participativa de la comunidad en materia de salud.	Objetivo: - Mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente. Estrategia: - Implementar una estrategia de prestación de servicios para la provisión sistemática y ordenada de las acciones preventivas. Líneas de acción: - Consolidar los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). - Consolidar el esquema de Atención Preventiva Integrada. - Diseñar, planear y difundir las ventajas para el derechohabiente de acceder a la medicina preventiva (PREVENIMSS). Estrategia: - Consolidar la investigación en salud en el IMSS. Línea de acción: - Fortalecer la investigación sobre problemas derivados de la transición demográfica (envejecimiento). Objetivo: - Fortalecer la planeación y el ejercicio eficiente de los recursos institucionales. Estrategia: - Hacer más eficiente el ejercicio del presupuesto disponible. Línea de acción: - Evaluar permanentemente el comportamiento presupuestal y generar acciones correctivas. Línea de acción: Invertir los recursos de la Reserva General Financiera y Actuarial, de las Reservas Financieras y Actuariales y del Fondo Laboral en instrumentos financieros y plazos que brinden tasas de rendimiento superiores al benchmark establecido.	Objetivo: - Incrementar la productividad. Estrategia: - Optimizar la utilización de los recursos para la atención médica. Línea de acción: - Fortalecer programas de salud preventiva que tengan un impacto positivo en la contención del gasto. Objetivo: - Mejorar el modelo de atención a la salud. Estrategia: - Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación. Líneas de acción: - Ampliar la cobertura de los programas Preventivos, PREVENIMSS. - Ampliar el número de enfermedades sujetas a detección temprana en todos los grupos de edad. - Fortalecer las estrategias de educación participativa para el autocuidado de la salud. Estrategia: - Incrementar la formación de recursos humanos de acuerdo con las proyecciones demográficas y epidemiológicas, mediante su formación y actualización. Líneas de acción: - Fortalecer el desarrollo profesional del personal de salud. - Diversificar la oferta educativa dirigida a todo el personal involucrado en el cuidado a la salud. Estrategia: - Fortalecer la práctica del ejercicio físico para optimizar los recursos en clínicas y hospitales. Líneas de acción: - Incrementar en el número de población que practique actividades de cultura física y deporte y demande menor atención médica. - Aplicar a la población usuaria mediciones antropométricas y de desempeño físico. Objetivo: - Fortalecer los ingresos. Estrategia: - Mejorar la gestión de las áreas de incorporación y recaudación.

Continúa...

...Continuación

		Línea de acción: • Simplificar y reducir los trámites en materia de incorporación y recaudación.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		
Objetivo: • Garantizar servicios médicos y de salud de calidad, accesibles para todos los derechohabientes. Estrategia: • Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de los derechohabientes Línea de acción: • Reforzar la prestación de servicios integrales de salud; de atención preventiva, curativa y rehabilitación, por medio del Modelo Familiar Preventivo. Objetivo: • Fortalecer las finanzas del Instituto para asegurar su viabilidad y garantizar el conjunto de prestaciones económicas, sociales y culturales. Estrategia: • Efectuar una reforma organizacional del instituto para mejorar la oportunidad en el otorgamiento de prestaciones. Línea de acción: Establecer y operar mecanismos eficientes en materia de planeación, evaluación, estadística y sistemas de registro contable y financiero que permitan optimizar la asignación de recursos para el otorgamiento de los servicios y prestaciones a los derechohabientes.	Objetivo: • Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población derechohabiente mediante programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica integral. Estrategias: • Impulsar las acciones de promoción, protección y prevención de enfermedades a la población derechohabiente. • Fortalecer las políticas de prevención y control de las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Objetivo: • Fomentar una política de servicios culturales, recreativos y deportivos que contribuya al cuidado físico y mental de la derechohabiente, a fin de que el aprovechamiento del tiempo libre sea un componente en su desarrollo humano, familiar y social. Estrategia: • Promover la investigación y los programas educativos en materia de alimentación y nutrición para que contribuyan al fortalecimiento de la salud y la prevención de las enfermedades. Objetivo: • Desarrollar una función financiadora de los Servicios de Salud, que otorgue asignaciones presupuestarias por resultados y procure el equilibrio y la estabilidad financiera del Seguro de Salud. Estrategia: • Evaluar y dar seguimiento de los servicios de salud. • Diseñar y establecer medidas para mejorar la eficiencia y estabilidad financiera del seguro de salud.	Objetivo: • Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez. Estrategia: • Ajustar modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades Líneas de acción: • Fortalecer los programas de prevención de salud y detección temprana de enfermedades. • Reforzar la prevención de adicciones. Objetivo: Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes. Estrategias: • Incrementar la eficiencia operativa del instituto. Línea de acción: Implementar esquemas de financiamiento más sostenibles.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006, 2007-2012 y 2014-2018** y del **Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2001-2006, 2007-2012 y 2014-2018**.

De acuerdo con el diseño programático establecido en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS), desde 2001, la prevención ha ocupado un lugar relevante en la planeación de mediano plazo de este instituto de seguridad social como medio para elevar la salud de sus derechohabientes, pero también como mecanismo para reducir los

costos de atención y aligerar la presión financiera sobre el seguro médico. A partir del 2007, el IMSS se propuso ofrecer una serie de programas integrados de prevención en salud denominados genéricamente PREVENIMSS, cuya implementación buscaba asegurar los recursos y acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención y en los centros de trabajo; igualmente, se establecieron propósitos institucionales relacionados con la sostenibilidad financiera del IMSS, mediante el fortalecimiento de la planeación, el ejercicio eficiente de los recursos institucionales y el incremento de la eficiencia recaudatoria.

En el PIIMSS 2014-2018, el PREVENIMSS constituyó la principal estrategia en materia de prevención de la salud, aunque se agregaron otras medidas de planeación como incrementar la formación de recursos humanos de acuerdo con las proyecciones demográficas y epidemiológicas, y fortalecer la práctica del ejercicio físico entre sus derechohabientes.

La planeación de mediano plazo establecida en el Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (PIISSSTE) fijó como una de las prioridades de este instituto poner en operación programas de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de salud de la población derechohabiente. En los documentos de planeación, no se observó una estrategia para integrar los diversos programas de prevención y promoción de la salud que opera el ISSSTE. A lo largo del periodo, el PIISSSTE estableció objetivos, estrategias y líneas de acción enfocados en garantizar la sostenibilidad financiera del ISSSTE en el mediano y largo plazos del seguro médico del que gozan sus derechohabientes.

3.3.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones

El diseño programático definido por el Gobierno Federal para atender el problema de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones se presenta a continuación:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: Mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos. Estrategia: Contribuir al desarrollo integral de las familias mexicanas mediante el otorgamiento de prestaciones y servicios de seguridad social.	Objetivo: - Consolidar un sistema nacional de pensiones más equitativo y con mayor cobertura. Estrategias: - Reforzar el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). - Contribuir a la transformación de los sistemas pensionarios de reparto que existen en la actualidad.	Objetivo: - Ampliar el acceso a la seguridad social. Estrategia: - Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos. Línea de acción: - Impulsar la sustentabilidad de los sistemas de pensiones, considerando transiciones hacia esquemas.
Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (PRONAFIDE)		
Estrategias: Incrementar el volumen de ahorro interno privado, en especial el de largo plazo y el popular.	Objetivo: - Consolidar el Sistema Nacional de Pensiones. Estrategias: - Fortalecimiento del SAR, transformación de los sistemas pensionarios públicos de reparto y generación de incentivos a la inscripción de trabajadores independientes al SNP. Líneas de acción: Fortalecer el SAR: consolidar un esquema de competencia entre AFORES basado en rendimiento neto; monitorear permanentemente el sistema; incrementar el ahorro voluntario de los trabajadores, y mejorar los mecanismos de operación del SAR para aprovechar la complementariedad entre los esquemas de ahorro para el retiro y la inversión en vivienda. - Contribuir a la transformación de los sistemas pensionarios públicos de reparto, que no reconocen la antigüedad de los trabajadores en sistemas que sean financieramente sostenibles y que ofrezcan portabilidad de beneficios pensionarios entre ellos. - Incentivar la inscripción de trabajadores independientes al SNP.	Objetivo: - Fomentar la inclusión, educación, competencia y transparencia del sistema de pensiones para incrementar su penetración y cobertura, a la vez que mantengan su solidez y seguridad. Estrategia: Fortalecer el SAR para aumentar la cobertura y la suficiencia de los distintos esquemas pensionarios del país. Líneas de acción: - Promover el fortalecimiento, la sustentabilidad y la portabilidad de los distintos sistemas pensionarios del país (incluyendo organismos descentralizados, para-estatales, entidades federativas y municipios) para realizar la transformación de sus sistemas de pensiones hacia sistemas sustentables que ofrezcan seguridad al trabajador. - Continuar con el fortalecimiento del SAR por medio de incentivar el ahorro voluntario, y coordinar adecuadamente los planes corporativos e individuales de pensiones, así como continuar con las políticas que fortalezcan el funcionamiento de la industria de las AFORES.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Planeación Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006**, y del **Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012 y 2013-2018**.

En los periodos 2001-2006 y 2007-2012, los objetivos en materia pensionaria incluidos en la planeación nacional se limitaron a señalar la necesidad de desarrollar y ampliar las

modalidades de seguridad social para atender a la población actual y futura que demandará y tendrá derecho a este esquema de seguridad social.

En el PND 2013-2018, se estableció el propósito de ampliar el acceso a la protección social para evitar o reducir los riesgos de salud o económicos, mediante la integración de un Sistema de Seguridad Social. Asimismo, se propuso que dicho sistema deberá incrementar los incentivos de las empresas para contratar trabajadores; promover la portabilidad de derechos; ofrecer un soporte universal a las personas adultas mayores, y proveer respaldo ante pérdidas importantes de fuentes del ingreso. De acuerdo con este documento, la consolidación de este sistema requerirá de un uso eficiente de los recursos para garantizar su sostenibilidad frente al comportamiento de la dinámica poblacional y epidemiológica en el mediano y largo plazos.

Sin embargo, el PND 2013-2018 no incluyó indicadores, ni metas para fijar un escenario de cambio esperado en el mediano plazo fijado y medir su progreso; ni previsiones sobre los recursos financieros necesarios para la ejecución de los propósitos de política señalados, y tampoco se definieron los responsables de su ejecución.

En lo que respecta al Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (PRONAFIDE), a partir de 2007, se incorporó como objetivo prioritario el fortalecimiento del SNP; para ello, era necesaria su transformación,

En el periodo 2013-2018, el PRONAFIDE estableció como objetivo del SNP incrementar su penetración y cobertura, así como mantener su solidez y seguridad. Para ello, se fijó la estrategia de fortalecer el SAR se propuso promover el fortalecimiento, la sustentabilidad y la portabilidad de los distintos sistemas pensionarios con la finalidad de ofrecer seguridad al trabajador y continuar con la consolidación del SAR. En estos dos documentos programáticos no se definieron metas e indicadores para establecer el escenario de cambio esperado en el SNP y evaluar su cumplimiento; tampoco se determinaron los responsables de su ejecución, y no se incluyeron previsiones sobre los recursos que serían asignados a tales fines.

Considerando la importancia y cobertura que los institutos de seguridad social tienen en el SNP, a continuación se presenta la planeación de mediano plazo que éstos realizaron en materia de previsión de pensiones de su población derechohabiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, 2001-2018

Instituto Mexicano del Seguro Social		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: - Fortalecimiento de la creación de reservas financieras. Estrategia: - Planear financieramente las actividades del instituto y desarrollar los estudios actuariales necesarios, a fin de identificar con oportunidad las variables que pueden afectar la estabilidad financiera de corto y largo plazos. Objetivo: - Decidido compromiso con la calidad. Estrategia: - Mejorar los tiempos de respuesta de trámites de pensiones y rentas vitalicias.	Objetivo: - Mejorar la calidad y oportunidad de las prestaciones económicas. Estrategia: - Mejorar la oportunidad en las prestaciones económicas que otorga el Instituto. Líneas de acción: - Mejorar la oportunidad en el pago de pensiones.	Objetivo: - Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales. Estrategia: - Simplificar los trámites en materia de prestaciones económicas. Línea de acción: - Facilitar las solicitudes de pensiones mediante el uso de internet.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		
Objetivo: - Fortalecer las finanzas del instituto para asegurar su viabilidad y garantizar el conjunto de prestaciones económicas, sociales y culturales. Estrategia: - Garantizar el pago oportuno y de calidad de los seguros pensionarios y otras prestaciones económicas afines con la actualización de los esquemas de gestión financiamiento y pago, y el fomento a la cultura de prevención de riesgos y enfermedades laborales. Líneas de acción: - Otorgar seguridad a los pensionistas actuales y futuros de la sustentabilidad financiera de las prestaciones de retiro al recuperar la viabilidad financiera del fondo de pensiones. - Garantizar el pago oportuno y eficiente de las pensiones y otras prestaciones económicas, vigilando que se otorguen en los términos establecidos en la ley.	Objetivo: - Garantizar la protección en materia pensionaria a los servidores públicos y sus familiares, durante su vida laboral, retiro y muerte. Estrategias: - Garantizar el pago oportuno y eficiente de las pensiones y otras prestaciones económicas de los pensionados por el régimen de reparto.	Objetivo: - Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas. Estrategia: - Incrementar la eficiencia en el esquema de pensiones. Líneas de acción: - Aumentar el número de afiliados por medio de campañas publicitarias y simplificación de procesos de atención. - Elevar la competitividad del manejo de cuentas individuales al fortalecer las capacidades para producir rendimientos.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Programas Institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**, y del **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**.

En la evolución de la planeación de mediano plazo de estos institutos de seguridad social en el tema de la sostenibilidad financiera para el pago de pensiones cedió relevancia en congruencia con las reformas que tuvieron los sistemas de pensiones en 1995 (IMSS) y 2007 (ISSSTE), ya que debido al tránsito del modelo pensionario de reparto definido al de contribución definida, el financiamiento de los fondos para el retiro recae fundamentalmente en las contribuciones de los propios trabajadores; por ello, los objetivos en la materia se concentraron en el

mejoramiento de la eficiencia administrativa para el otorgamiento de pensiones en curso a la población derechohabiente.

Asimismo, no se incluyeron objetivos ni acciones específicas para garantizar la sostenibilidad financiera de las pensiones no contributivas en el futuro, lo que confirma la falta de una política integral para abordar este elemento del envejecimiento poblacional y la incertidumbre que existe sobre el pago de estas pensiones a las siguientes generaciones de personas adultas mayores.

3.3.3.3. Educación para la vejez

El diseño programático definido por el Gobierno Federal, relacionado con la educación para la vejez se presenta en el cuadro siguiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA VEJEZ, 2001-2018

Plan Nacional de Desarrollo		
2001-2006	2007-2012	2013-2018
Objetivo: - Fortalecer la cohesión y el capital sociales Estrategias: - Aprovechar la acción educativa cotidiana, a fin de impulsar una nueva ciudadanía. - Establecer un modelo nacional de desarrollo de la cultura física y del deporte que promueva entre la población el acceso masivo a la práctica sistemática de actividades físicas, recreativas y deportivas, y a su participación organizada en ellas. Objetivo: - Impulsar la revisión y actualización de contenidos curriculares, así como la producción de recursos didácticos que permitan una mejor calidad y pertinencia en los aprendizajes de los alumnos de educación básica. Estrategia: - Fortalecer los contenidos y métodos de la educación básica como resultado de la revisión continua del currículo con el fin de introducir los ajustes y las transformaciones graduales que sean necesarias.	Objetivo: - Promover la educación integral de las personas en todo el sistema educativo. Estrategias: - Renovar la currícula de formación cívica y ética desde la educación básica. - Estimular la educación sobre derechos y responsabilidades ciudadanas. - Promover las actividades físicas en los planteles escolares y el deporte en todo el sistema educativo. Línea de acción: - Crear un programa de actividad física y deporte tendiente a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad.	Objetivo: - Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad. Estrategia: - Garantizar que los planes y programas de estudio sean pertinentes y contribuyan a que los estudiantes puedan avanzar exitosamente en su trayectoria educativa, al tiempo que desarrollen aprendizajes significativos y competencias que les sirvan a lo largo de la vida Línea de acción: Definir estándares curriculares que describan con claridad lo que deben aprender los alumnos del sistema educativo, y que tomen en cuenta las diversas realidades del entorno escolar, incluyendo los derivados de la transición demográfica. Estrategia: - Diseñar programas de actividad física y deporte diferenciados para atender las diversas necesidades de la población.

Continúa...

...Continuación

Líneas de acción: Promover el desarrollo de una cultura de la prevención y el cuidado de la salud en la escuela (en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria), así como la capacitación de los maestros para la detección de problemas específicos.		
Programa de mediano plazo de educación		
	Objetivo: - Ofrecer una educación integral que equilibre la formación en valores ciudadanos, el desarrollo de competencias y la adquisición de conocimientos, por medio de actividades regulares del aula, la práctica docente y el ambiente institucional, para fortalecer la convivencia democrática e intercultural. Estrategias: - Articular en la formación ciudadana los temas emergentes que apoyen la reflexión y actuación de los estudiantes: derechos humanos, medio ambiente, interculturalidad, equidad de género, cuidado individual y colectivo de la salud, y la seguridad, aprecio y desarrollo del patrimonio cultural y natural, y la rendición de cuentas, entre los principales. Líneas de acción: - Destinar, en el Programa de Escuelas de Tiempo Completo, tiempo para la educación física, el cuidado de la salud y la prevención de adicciones, y la educación física y artística, como prácticas que tiendan a extenderse a todas las escuelas.	Objetivo: - Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de la población. Estrategia: - Fortalecer la relación de la escuela con su entorno para favorecer la educación integral. Líneas de acción: - Coordinar acciones con el sector salud para las campañas de vacunación, de prevención del embarazo en edad temprana e infecciones de transmisión sexual.
Programas específicos de educación saludable		
Objetivo: - Lograr mejores condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, mediante la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social. Estrategia: - Fomentar valores y conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, la prevención de conductas de riesgo y la práctica de estilos de vida saludable en lo individual, familiar y social.	Objetivo: - Crear una nueva cultura por medio de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique los determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública. Estrategia: - Generar una nueva cultura en salud. Líneas de acción: - Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud. - Implementar el “Programa Único Hacia una Nueva Cultura en Salud” basado en los principios de mercadotecnia social en salud.	Objetivo: - Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud. Estrategias: - Fortalecer las competencias del personal de salud y desarrollar las de la población para promover la salud personal, familiar y social. Línea de acción: - Sensibilizar a la población en materia de cuidado de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.

Continúa...

...Continuación

Líneas de acción: • Formar a los escolares sobre la importancia del autocuidado de la salud, mediante la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, conocimiento e identificación de las conductas de riesgo, actuales o futuras, a ser evitadas.	• Asegurar el acceso al “Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud”. Estrategia: • Fortalecer la vinculación con los programas de prevención y control de enfermedades. Línea de acción: • Vincular las acciones de promoción de la salud a los programas preventivos. Estrategia: • Ejercer la rectoría efectiva en promoción de la salud. Líneas de acción: • Impulsar reformas al marco normativo en materia de promoción de la salud. • Asegurar el desarrollo organizacional, mediante el impulso de la formación y capacitación de capital humano, de la alineación financiera, de la infraestructura y con la incorporación de tecnología adecuada. • Establecer la metodología para el monitoreo de los determinantes de la salud, incluyendo su situación entre la exposición diferencial por determinantes sociales.	

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018**; del **Programa Nacional de Educación 2001-2006** y de los **Programas Sectoriales de Educación 2007-2012 y 2013-2018**, del **Programa Intersectorial de Educación Saludable 2001-2006**; del **Programa de Acción Específico 2007-2012. Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura**, y del **Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018**.

En el periodo 2001-2018, los objetivos y estrategias del PND, en relación con el tema de la educación para la vejez se orientaron a desarrollar una educación integral que incluyera la adopción, por parte de los alumnos, de valores civiles y éticos, y de conocimientos sobre sus responsabilidades y derechos. Además del fomento al deporte y la actividad física en la escuela para contribuir a mejorar las condiciones de vida de los mexicanos para una existencia saludable, productiva y prolongada.

La programación de mediano plazo de educación 2001-2018 incorporó en sus estrategias el cuidado colectivo e individual de la salud, para ello, se propuso ofrecer una educación integral que equilibre la formación en valores ciudadanos, el desarrollo de competencias y la adquisición de conocimientos. Específicamente, en 2013, se programaron acciones intersectoriales con la SS para concientizar a los estudiantes sobre temas del cuidado de la salud.

En congruencia con la programación de mediano plazo de educación, la SS y la SEP presentaron el Programa Intersectorial de Educación Saludable 2001-2006, el cual se enfocó en fomentar valores y conocimientos, y a desarrollar habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, la prevención de conductas de riesgo y la práctica de estilos de vida saludable en lo individual, familiar y social. Sin embargo, la población objetivo de este programa se concentró en los alumnos de educación básica, particularmente de contextos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos para realizar campañas de vacunación, de prevención del embarazo en edad temprana e infecciones de transmisión sexual. En estos dos documentos programáticos, se definieron metas e indicadores relacionados de manera general con el sector educativo; sin embargo, no se establecieron indicadores, ni metas para determinar el escenario de cambio esperado en materia de educación para la vejez y evaluar su cumplimiento.

En general, el diseño programático de la planificación del envejecimiento poblacional fue consistente con el problema público asociado al envejecimiento poblacional, ya que se establecieron objetivos orientados a fortalecer la atención preventiva en salud; a lograr la consolidación y extender la cobertura del sistema de pensiones, así como a incluir contenidos educativos relacionados con el envejecimiento. Sin embargo, la planeación estuvo desarticulada y sus propósitos se limitaron a definir medidas de acción aisladas que atendían a temas específicos del problema, lo que evidenció que aún no existe una planificación integral para prevenir las consecuencias negativas que se podrían derivar de este fenómeno demográfico y epidemiológico, por lo que se prevé la necesidad de definir una estrategia que permita articular y ordenar los esfuerzos de las diversas instituciones públicas que realizan acciones vinculadas con el tema; evitar la duplicidad de programas, y definir objetivos de mediano y largo plazos que dirijan la intervención gubernamental en la materia.

En síntesis, el diseño programático de la política pública de atención a las personas adultas mayores es desarticulado y heterogéneo, ya que los objetivos definidos en los distintos sectores de la administración pública que participan en la política, están disociados de un objetivo común, el de garantizar el ejercicio de sus derechos a la población adulta mayor. Lo anterior se debe a la carencia de un programa integral, diseñado por el INAPAM, pero con la colaboración de todos los actores que participan en la política, en el que se definan las estrategias y acciones que se deberán implementar y los tramos de responsabilidad para cada uno de ellos, con el fin de atender los problemas de este grupo de población.

3.4. Diseño presupuestal

Con la publicación de la LDPAM en 2002, se estableció la obligación para el Gobierno Federal de implementar una política integral dirigida a la atención de la población adulta mayor, la cual se debería reflejar en el presupuesto ejercido por las dependencias y entidades que, de acuerdo con la ley, tienen atribuciones específicas en esta materia.

De acuerdo con la LDPAM, seis dependencias y cuatro entidades participan en la operación de la política:

- La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- La Secretaría de Educación Pública (SEP)
- La Secretaría de Salud (SS)
- La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)
- La Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT)
- La Secretaría de Turismo (SECTUR)
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

Asimismo, la ASF identificó a otras nueve entidades que si bien no tienen atribuciones específicas en la LDPAM, su normativa interna los faculta para realizar acciones para la atención de forma general de los adultos mayores:

- El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)
- El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)
- El Instituto Nacional de Geriátrica (INGER)
- El Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA)
- El Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR)
- El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

- La Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI)
- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)
- El Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO)

En suma, en la política de atención a la población adulta mayor participan seis dependencias y diez entidades de acuerdo con la LDPAM y otras nueve entidades que no se encuentra dentro de dicha ley; sin embargo, no todas operan un programa presupuestario específico para la atención de la población adulta mayor, como se muestra a continuación:

PROGRAMAS PRESUESTARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2003-2014		
Dependencia/entidad		Programa presupuestario específico
1	SEDESOL	S176 “Pensión para adultos mayores”
2	SEP	n.i.
3	SS	n.i.
4	STPS	n.i.
5	SCT	n.i.
6	SECTUR	n.i.
7	ISSSTE	J012 “Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”
8	SNDIF	n.i.
9	IMSS	J011 “Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”
10	INAPAM	E003 “Servicios a grupos con necesidades especiales” U007 “Credencialización para adultos mayores”
11	INEA	n.i.
12	INGER	E010 “Formación de Recursos Humanos especializados para la salud” E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”
13	CONACULTA	n.i.
14	CONSAR	G003 “Regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro para el Retiro”.
15	CENAPRECE	n.i.
16	CONAPRED	n.i.
17	CONAVI	n.i.
18	CNDH	n.i.
19	FONHAPO	n.i.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la **Cuenta Pública Federal y Presupuesto de Egresos de la Federación 2003-2014**.

n.i.: No identificado.

De las 19 instituciones que participan en la política, solamente 6 (31.6%) establecieron un programa específico para atender a las personas adultas mayores. A continuación se muestra la

evolución del gasto de estos programas en el periodo 2003-2014 para la atención de ese grupo poblacional:

DISEÑO PRESUPUESTAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL COMPONENTE DE REVALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR, 2003-2014
 (Miles de pesos y porcentajes)

Programas presupuestarios	Presupuesto ejercido												TMCA (%)	
	INGER													
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
E010	“Formación de recursos humanos especializados para la salud”	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	260.1	4,156.3	11,539.8	566.1	
E022	“Investigación y desarrollo tecnológico en salud”	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	3,568.5	20,501.7	32,837.5	203.3	
SEDESOL														
S176	“Pensión para adultos mayores”	753,617.8	841,433.5	426,333.2	413,184.3	8,114,619.7	11,894,143.6	14,945,297.6	14,922,854.0	14,204,675.6	18,763,056.7	25,358,040.0	36,477,893.1	42.3
IMSS														
J011	“Aportaciones estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez” ^{1/}	2,312,464.0	2,762,442.0	2,866,700.0	3,022,197.0	3,160,079.0	3,224,558.0	3,169,240.0	3,220,470.0	3,359,336.0	3,527,712.0	3,644,050.0	4,045,657.0	5.2
ISSSTE														
J012	“Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez” ^{1/}	14,776,192.0	17,219,888.0	17,613,414.0	17,807,755.0	18,574,970.0	18,650,707.0	18,962,753.0	20,436,155.0	21,237,035.0	22,231,554.0	22,616,434.0	23,991,638.0	4.5
CONSAR														
G003	“Regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro para el Retiro” ^{1/}	187,873.0	275,285.0	247,844.0	289,510.0	266,382.0	258,104.0	274,650.0	261,232.0	270,120.0	262,813.0	288,275.0	293,046.0	4.1
INAPAM														
E003	“Servicios a grupos con necesidades especiales”	217,367.4	262,861.3	280,843.7	301,357.7	210,740.9	252,157.1	243,106.4	244,749.5	251,107.1	242,844.5	326,231.0	328,936.4	3.8
U007	“Credencialización para adultos mayores”	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	42,558.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total		18,247,514.2	21,361,909.8	21,435,134.9	21,834,004.0	30,326,791.6	34,279,669.7	37,637,605.8	39,085,460.5	39,322,273.7	45,031,808.8	52,257,688.0	65,181,547.8	12.3

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la **Cuenta Pública Federal y Presupuesto de Egresos de la Federación 2003-2014**.

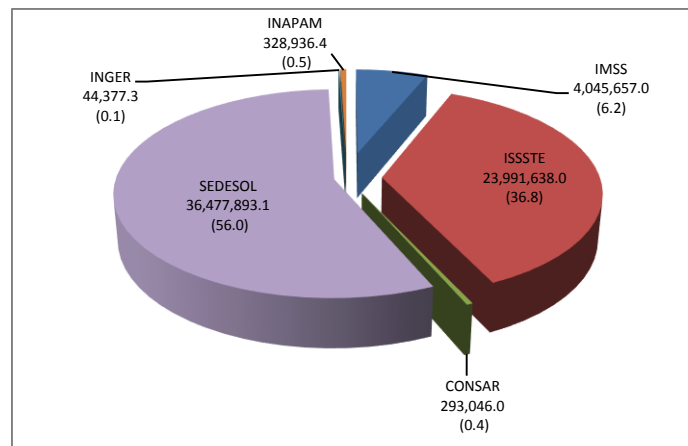
n.a.: no se aplica.

1/ Estos recursos son administrados por la Dirección General de Programación y Presupuesto A de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y corresponden al presupuesto para aportaciones y cuotas a cargo del Gobierno Federal a las cuentas individuales de los trabajadores afiliados al IMSS y el ISSSTE, respectivamente.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

Los recursos ejercidos en el periodo 2003-2014 para la atención de las personas adultas mayores crecieron en una tasa media anual del 12.3%, al pasar de 18,247,514.2 miles de pesos ejercidos en 2003 a 65,181,547.8 miles de pesos en 2014. Asimismo, en 2014, en conjunto, el gasto total de los ocho programas presupuestarios específicos para la atención de ese grupo poblacional ascendió a 65,181,547.8 miles de pesos. De los 8 programas presupuestarios que atienden específicamente a ese grupo población, destacan por su importancia presupuestaria los programas “Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del ISSSTE, el programa “Pensión para Adultos Mayores”, en sus distintas facetas, a cargo de la SEDESOL, y “Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del IMSS, en 2014 concentraron el 99.0% de los recursos ejercidos identificables dirigidos a la atención de la población adulta mayor, como se presenta en la gráfica siguiente:

RECURSOS EJERCIDOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2014
(Miles de pesos y porcentajes)



FUENTE: Elaborada por la ASF con base en la información de la **Cuenta Pública Federal 2014**.

El INAPAM, que constituye el órgano rector de la política pública de atención a las personas adultas mayores, ejerció en 2014, mediante el programa “Servicios a Grupos con Necesidades Especiales” el 0.5% del presupuesto total identificable.

Asimismo, se identificaron 95 programas presupuestarios que atienden de forma general a las personas adultas mayores: 4 con acciones enfocadas en revalorar a los grupos vulnerables; 44, para la atención de problemas de la población relacionados con su salud, seguridad económica, vivienda-hogar, opciones de empleo, satisfactores culturales y recreativos, y la oferta

educativa, y 47 enfocados en la planificación del envejecimiento. El análisis de los programas presupuestarios por componente de política se presenta a continuación.

3.4.1. La revaloración social de las personas adultas mayores

Para el componente de revaloración social de las personas adultas mayores, se identificaron 4 programas presupuestarios, dos operados por el SNDIF, uno por CONAPRED y otro más por la CNDH:

PROGRAMAS GENERALES PARA LA REVALORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2002-2014	
SNDIF	
1	S150 “Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable”
2	S039 “Programa de Atención a Personas con Discapacidad”
CONAPRED	
3	P024 “Promover la Protección de los Derechos Humanos y Prevenir la Discriminación”
CNDH	
4	E011 “Atender asuntos de la niñez, la familia, adolescentes y personas adultas mayores”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**, México 2015.

En lo que respecta a los programas a cargo del SNDIF y del CONAPRED, éstos están dirigidos a distintos grupos de población vulnerable, entre los que se encuentran la población adulta mayor; no obstante, ninguna de estas dos entidades dispone de la información sobre el presupuesto ejercido en la atención específica de ese grupo poblacional. Asimismo, el programa que opera la CNDH atiende a los adultos mayores de forma general, puesto que también se enfoca a la niñez, la familia y los adolescentes, y no identificó el presupuesto ejercido únicamente en la atención del adulto mayor.

3.4.2. Atención del adulto mayor

Para el componente de la atención del adulto mayor, se identificaron 44 programas presupuestarios generales, de los cuales 28 (63.6%) están relacionados con servicios de salud; 2 (4.5%), con la seguridad económica; 8 (18.2%) con la vivienda-hogar; 4 (9.2%), con opciones de empleo, y 2 (4.5%), con satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa.

3.4.2.1. Atención de la salud del adulto mayor

Para proporcionar servicios de salud a los adultos mayores, en el periodo 2003-2014, se identificaron 28 programas presupuestarios; sin embargo, estos programas proporcionan servicios de salud a todos los derechohabientes, y no se dispone de información sobre los recursos ejercidos en la atención exclusiva, de ese grupo de población.

Los programas para la atención de la salud de la población, se presentan a continuación:

PROGRAMAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR, 2003-2014	
SS	
1	E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud”
2	G004 “Protección Contra Riesgos Sanitarios”
3	P012 “Calidad en Salud e Innovación”
4	P014 “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones”
5	S037 “Programa Comunidades Saludables”
6	S039 “Programa de Atención a Personas con Discapacidad”
7	S150 “Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable”
8	S200 “Caravanas de la Salud”
9	S201 “Seguro Médico Siglo XXI”
10	S202 “Sistema Integral de Calidad en Salud”
11	U005 “Seguro Popular”
12	U012 “Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud”
13	E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable”
14	S072 “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades”
15	S251 “Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad Diferente”
ISSSTE	
16	E001 “Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación”
17	E002 “Control de Enfermedades Transmisibles”
18	E004 “Orientación para la Salud”
19	E009 “Consulta Externa General”
20	E010 “Consulta Externa Especializada”
21	E011 “Hospitalización General”
22	E012 “Hospitalización Especializada”
23	E013 “Atención de Urgencias”
24	E014 “Rehabilitación”
25	E042 “Atención a Personas con Discapacidad”
IMSS	
26	E001 “Atención a la salud pública”
27	E002 “Atención curativa eficiente”
28	E003 “Atención a la salud en el trabajo”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

De los 28 programas generales identificados, el 53.6% (15) está a cargo de la SS; el 35.7% (10), del ISSSTE, y 3 (10.7%), del IMSS.

3.4.2.2. Seguridad económica

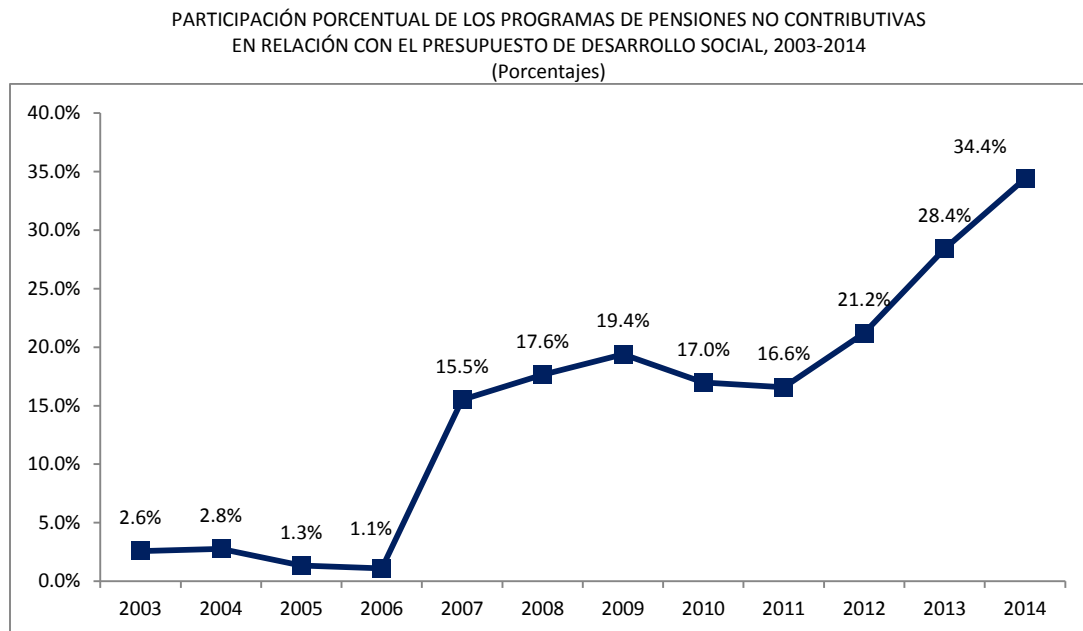
Para la vertiente de seguridad económica en el periodo evaluado, se identificaron dos programas presupuestarios que fomentan la seguridad económica de sus beneficiarios:

PROGRAMAS GENERALES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD ECONÓMICA AL ADULTO MAYOR, 2003-2014	
SEDESOL	
1	S176 “Pensión para adultos mayores”
2	S072 “PROSPERA Programa de Inclusión Social”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

El programa Pensión para Adultos Mayores (PAM) es la principal estrategia del Gobierno Federal para atender la problemática económica en este grupo de población. Mediante este programa se otorga un apoyo económico mensual a las personas de 65 años o más que no tienen el beneficio de una pensión de tipo contributivo. En 2014, por medio del PAM, se ejercieron 36,477,893.0 miles de pesos.

La participación del presupuesto que se ejerció en el programa de PAM mostró la importancia que el Gobierno Federal le ha dado en materia de adultos mayores, ya que un tercio del presupuesto destinado al desarrollo social ejercido se destinó a este rubro, como se muestra en la gráfica siguiente:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Cuenta de la Hacienda Pública Federal del periodo 2003-2014**.

El presupuesto que invirtió el Gobierno Federal en el pago de pensiones no contributivas aumentó en 31.8 puntos porcentuales, al pasar de 2.6% en 2003 a 34.4% en 2014, del gasto en desarrollo social.

El Programa de Inclusión Social PROSPERA, antes Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, constituye la principal política pública para el combate a la pobreza dirigida a la población en general que se encuentra en esta situación, entre la que se incluye la población adulta mayor.

De acuerdo con el mandato de la LDPAM, la SCT tiene atribuciones para fomentar la seguridad económica de las personas adultas mayores; sin embargo, no se identificaron programas que estuvieran relacionados con esta vertiente.

3.4.2.3. Acceso a una vivienda-hogar

En esta vertiente, se dispuso de ocho programas presupuestarios para satisfacer las demandas de vivienda para la población en general, entre los que se encuentran las personas adultas mayores:

PROGRAMAS GENERALES PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA VIVIENDA-HOGAR AL ADULTO MAYOR, 2003-2014	
SNDIF	
1	E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable”
2	S150 “Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable”
3	S251 “Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad Diferente”
CONAVI	
4	P004 “Conducción e instrumentación de la política nacional de vivienda”
5	S177 “Programa de esquema de financiamiento y subsidio federal para vivienda”
SEDESOL	
6	S216 “Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias”
FONHAPO	
7	S058 “Programa de Vivienda Digna”
8	S117 “Programa de Vivienda Rural”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

De los ocho programas presupuestarios relacionados con el acceso a la vivienda-hogar, tres estuvieron a cargo del SNDIF y se dirigen en general a la población vulnerable en desamparo, para lo cual disponen de asilos y albergues en los que atienden a este grupo de población, entre ellos la adulta mayor; dos programas a cargo de la CONAVI, que constituyen la base

presupuestaria de la política de vivienda, la cual no exenta a la población adulta mayor en el acceso al financiamiento para la adquisición de una vivienda; uno, operado por la SEDESOL, dirigido a mejorar la infraestructura en zonas prioritarias, y dos a cargo del FONHAPO, dirigidos a mejorar la infraestructura en la vivienda. Estos programas no benefician únicamente a las personas adultas mayores, por lo cual no se identifica el presupuesto ejercido para beneficiar específicamente a ese grupo poblacional.

3.4.2.4. Opciones de empleo

En cuanto a los programas enfocados en incrementar las opciones de empleo, se identificaron cuatro programas que atienden a la población en general:

PROGRAMAS GENERALES PARA PROPORCIONAR OPCIONES DE EMPLEO AL ADULTO MAYOR, 2003-2014	
STPS	
1	E004 “Capacitación a trabajadores”
2	E005 “Fomento de la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral”
3	P001 “Instrumentación de la política laboral”
SEDESOL	
4	S054 “Programa de Opciones Productivas”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

La STPS estuvo a cargo de tres programas, con los cuales instrumenta la política nacional en materia laboral, y la SEDESOL operó un programa dirigido al apoyo de proyectos productivos. Dado que estos programas son de carácter general y benefician no sólo a los adultos mayores, se desconoció el monto de recursos que se ejerció para beneficiar específicamente a las personas de 60 años o más.

3.4.2.5. Satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa

Existen 2 programas presupuestarios generales relacionados con los satisfactores culturales, recreativos y la oferta educativa:

PROGRAMAS GENERALES PARA PROPORCIONAR SATISFACTORES CULTURALES, RECREATIVOS Y OFERTA EDUCATIVA A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 2003-2014	
CONACULTA	
1	E011 “Impulso al desarrollo de la cultura”
INEA	
2	E064 “Atención a la Demanda de Educación para Adultos”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

El CONACULTA fue responsable de operar el programa “Impulso al desarrollo de la cultura”, programa en el que se sostiene la política nacional de cultura y que incluye actividades para garantizar el acceso a la cultura a toda la población, y el INEA operó un programa para ofrecer educación a la población de 15 años en adelante que no ha concluido la educación básica. Ambos programas benefician a la población en general, por lo que no fue posible identificar los recursos que se ejercieron de cada programa para beneficiar sólo a las personas adultas mayores. Además, a pesar de que la LDPAM establece atribuciones para la SECTUR en esta materia, no se identificaron programas relacionados con esta vertiente.

3.4.3. Planificación del envejecimiento poblacional

Este componente integra las vertientes de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Pensiones, así como la educación para la vejez.

3.4.3.1. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Se identificaron 34 programas presupuestarios generales relacionados con el Sistema Nacional de Salud:

PROGRAMAS GENERALES PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2003-2014	
SS	
1	P014 “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas y transmisibles y lesiones”
2	R001 “Diseñar, regular y conducir políticas en salud”
3	P009 “Promoción de la salud y prevención de enfermedades”
4	U008 “Prevención contra la obesidad”
5	P009 “Promoción de la salud y prevención de enfermedades”
6	R024 “Apoyos adicionales para las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades”
7	S037 “Programa Comunidades Saludables”
8	I002 “Educación saludable”
9	P002 “Promoción de la salud”
CENAPRECE	
10	P014 “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas y transmisibles y lesiones”
11	U008 “Prevención contra la obesidad”
12	U009 “Vigilancia epidemiológica”
13	E019 “Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud”
14	E031 “Promoción de la salud y prevención de enfermedades”
15	E026 “Prevención y atención de enfermedades crónico degenerativas”
16	E030 “Prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama”
17	R007 “Desarrollar la prevención y control de enfermedades y atención de urgencias epidemiológicas”
18	R024 “Apoyos adicionales para las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades”.
19	R023 “Dotar de insumos para la prevención y atención de enfermedades”
20	P010 “Normar, supervisar y asesorar en la vigilancia, prevención y control de la enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial”
21	P011 “Normar, supervisar y asesorar en la vigilancia, prevención y control de: Cáncer de Próstata”
22	P012 “Normar, supervisar y asesorar en la vigilancia prevención y control de: Atención al Envejecimiento”
23	P014 “Proyecto Binacional de Diabetes”
24	P015 “Reforzar la vigilancia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia”
25	P017 “Capacitación al personal de salud en necesidades específicas para cada segmento poblacional”
INGER	
26	E010 “Formación de recursos humanos especializados para la salud”
27	E019 “Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud”
28	E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”
IMSS	
29	E001 “Atención a la salud pública”
30	E004 “Investigación en salud en el IMSS”
ISSSTE	
31	E003 “Detección Oportuna de Enfermedades”
32	E004 “Orientación para la Salud”
33	E015 “Investigación Científica y Tecnológica”
34	R001 “Atención preventiva a la salud”

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

De los 34 programas generales de las instituciones públicas de salud, 16 (47.1%) estuvieron a cargo del CENAPRESE; 9 (26.5%), de la SS; 4 (11.8%), del ISSSTE; 3 (8.8%), del INGER, y 2 (5.8%), del IMSS. Sin embargo, estos programas no están enfocados exclusivamente a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, por lo cual no fue posible identificar los recursos ejercidos particularmente en esa materia.

No se identificaron recursos públicos ejercidos de forma general o específica enfocados en proveer una educación para la vejez, lo que implica que las próximas generaciones de adultos

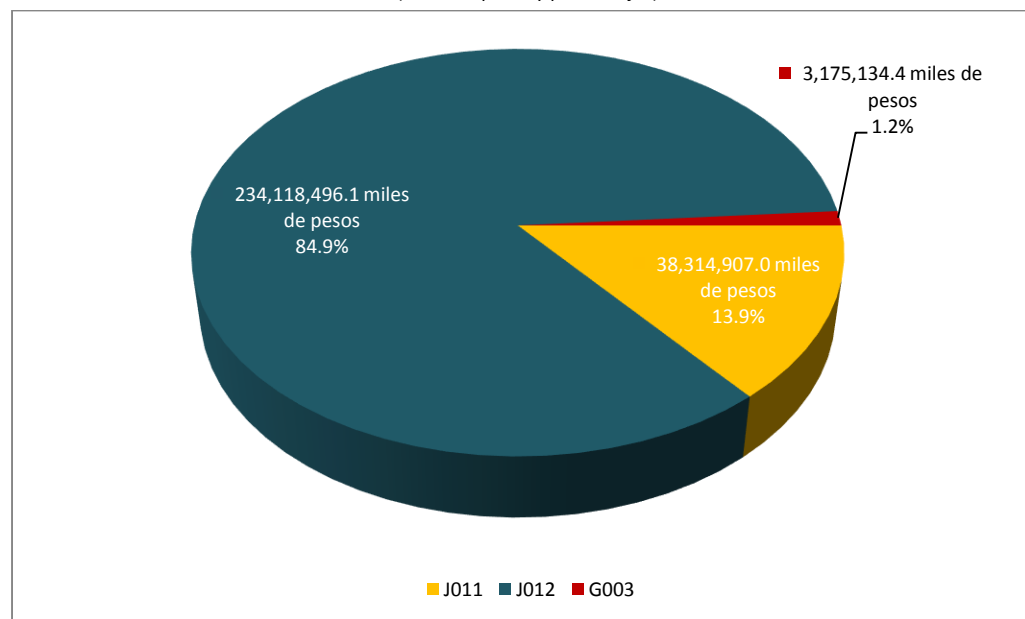
mayores no están siendo concientizadas de la importancia que tiene prepararse desde edades tempranas para afrontar todas las complicaciones que trae consigo el fenómeno del envejecimiento.

3.4.3.2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones

Para la vertiente de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones, para el periodo de 2002-2014, no se identificaron programas específicos enfocados en garantizar la sostenibilidad de dicho sistema. Se identificaron tres programas presupuestarios específicos para el pago de pensiones: J011 “Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del IMSS; J012 “Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del ISSSTE, y G003 “Regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro para el Retiro”, a cargo de la CONSAR.

El presupuesto destinado a la provisión del Sistema Nacional de Pensiones se compone de dos elementos: las aportaciones y cuotas que el Gobierno Federal debe pagar a las cuentas para el retiro de los trabajadores del sector público y los del sector formal privado, y la regulación y supervisión del SAR, como se presenta en la gráfica siguiente:

PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS PROGRAMAS PARA APORTACIONES Y CUOTAS A CARGO DEL GOBIERNO FEDERAL
 (RAMO 19) Y REGULACIÓN SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DEL
 AHORRO PARA EL RETIRO, 2003-2014
 (Miles de pesos y porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

J011: Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

J012: Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

G003: Regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

NOTA: Los recursos del Ramo 19 para aportaciones y cuotas a cargo del Gobierno Federal son administrados por la Dirección General de Programación y Presupuesto A, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y se utilizan para el pago de las obligaciones pensionarias de las cuentas individuales de los trabajadores afiliados al IMSS y el ISSSTE, respectivamente.

Entre 2003 y 2014, el 84.9% del presupuesto federal destinado al pago de aportaciones y cuotas de seguridad social se destinaron al pago de las obligaciones pensionarias del Gobierno Federal a los trabajadores del sector público afiliados al ISSSTE; el 13.9%, se destinó a las aportaciones que se entregan a las cuentas individuales de los trabajadores del sector privado afiliados al IMSS, y el 1.2% para la regulación y supervisión del SAR.

De 2003 a 2014, el mayor incremento en el ejercicio de presupuesto lo registró el programa J011 “Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, que tuvo un crecimiento de 48.5%, al pasar de 2,724,053.6 a 4,045,656.7 miles de pesos; le siguió el programa J012 “Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez” con un incremento de 34.7%, al pasar de 17,807,500.0 a 23,991,638.5 miles de pesos, y el programa G003 “Regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro

para el Retiro” registró un incremento de 19.2%, al pasar de 245,838.6 a 293,045.8 miles de pesos.

Además, se identificaron 13 programas generales relacionados con el Sistema Nacional de Pensiones:

PROGRAMAS GENERALES PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES, 2003-2014	
IMSS	
1	J001 “Pensiones en curso de pago Ley 1973”
2	J002 “Rentas vitalicias Ley 1997”
3	J003 “Régimen de Pensiones y Jubilaciones IMSS”
4	J008 “Pensiones y Jubilaciones en curso de Pago”
5	J017 “Fondo de Reserva para el Retiro IMSS”
6	J021 “Pensión Mínima Garantizada IMSS”
7	R015 “Apoyo a jubilados del IMSS e ISSSTE”
ISSSTE	
8	J006 “Apoyo para cubrir el déficit de la nómina de pensiones del ISSSTE”
9	J022 “Cuota Social Seguro de Retiro ISSSTE”
10	J024 “Pensiones por Cesantía”
11	J025 “Pensiones por Vejez”
12	J026 “Pensiones y Jubilaciones”
13	M002 “Gastos Administrativos por Operación de Fondos y Seguros”. (PENSIONISSSTE)

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la **Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014**.

De los 13 programas presupuestarios generales 7 (53.8%) estuvieron a cargo del IMSS y 6 (46.2%) del ISSSTE, por las características de cada uno de los programas presupuestarios no fue posible identificar cuáles fueron los recursos ejercidos exclusivamente en el pago de pensiones para las personas de 60 años o más.

En conclusión, el diseño presupuestal de la política pública de atención a las personas adultas mayores es insuficiente, ya que no traduce por completo el mandato de la LDPAM, las atribuciones de las instituciones que participan en la política, ni las estrategias definidas en la planeación nacional y sectorial, en programas presupuestarios, o por lo menos partidas específicas para este grupo de población. En el periodo 2003-2014, se establecieron 8 programas presupuestarios específicos para la atención de los adultos mayores.

Los recursos ejercidos en el periodo 2003-2014 para la atención de los adultos mayores crecieron en promedio anual 12.3%, al pasar de 18,247,514.2 miles de pesos en 2003 a 65,181,547.8 miles de pesos en 2014. Como órgano rector de la política pública de atención a las personas adultas mayores, el INAPAM operó sólo un programa presupuestario enfocado a la atención de ese grupo poblacional, el cual representó en 2014, el 0.5% de los recursos ejercidos en esta política.

De los 8 programas específicos para atender a los adultos mayores 2 (25.0%) fueron para pagar el seguro de retiro cesantía en edad avanzada y vejez: “Aportaciones Estatutarias al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del IMSS y “Cuota Social al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez”, a cargo del ISSSTE; 2 (25.0%) para la atención de los adultos mayores, a cargo del INAPAM; 2 (25.0%), son responsabilidad del INGER, uno para la formación de recursos humanos especializados en salud y otro para la investigación de enfermedades propias de los adultos mayores; uno (12.5%), para el otorgamiento de una pensión, a cargo de la SEDESOL, y uno (12.5%), a cargo de la CONSAR, enfocado en la regulación, inspección y vigilancia de entidades participantes en los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Asimismo, se identificaron 95 programas presupuestarios que no están enfocados exclusivamente en la atención de los adultos mayores; sin embargo, son beneficiados de forma general, por lo que no fue posible identificar los recursos ejercidos en la atención específica de ese grupo poblacional, además de que la SECTUR a pesar de contar con atribuciones específicas otorgadas por la LDPAM no estableció ningún programa general o específico para la atención de los adultos mayores.

3.5. Definición y focalización de la población objetivo

3.5.1. Definición de la población objetivo

Con el análisis de los componentes del diseño de la política de atención de las personas adultas mayores, se identificó que existe heterogeneidad en la definición de la población, ya que si bien los documentos normativos, institucionales-organizacionales, programáticos y presupuestarios tuvieron en común el uso del término “persona adulta mayor”, el rango de edad que utilizan las distintas dependencias y entidades que participan en la política para proporcionar los beneficios de los programas, es diferente, lo que resulta incongruente con el concepto claramente definido en la LDPAM, que señala que se entenderá por persona adulta mayor a “aquella que cuente con sesenta años o más de edad.” La diferencia en el rango de edad de la población objetivo de los programas e instituciones se muestra a continuación:

RANGO DE EDAD DEFINIDO PARA LAS PAM, POR INSTITUCIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN, 2002-2014

Institución	Vigencia	Documento en el que se define	Rango edad	Ámbito de aplicación
INAPAM	2002-2014	LDPAM	60 años o más	Normar las acciones de los encargados y participantes de la política nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores
SEDESOL	2003-2006	Reglas de operación “Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales”	60 años o más.	Población objetivo del programa “Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales”
	2007-2012	Reglas de operación “70 y Más”	70 años o más	Población objetivo del programa “70 y Más”
	2013-2014	Reglas de operación “Pensión para Adultos Mayores”	65 años o más	Población objetivo del programa “Pensión para Adultos Mayores”
CNPDHO	2002-2013	Reglas de operación del “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades”	70 años o más	Población objetivo del “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades”
	2014	Reglas de operación “PROSPERA”	70 años o más.	Población objetivo del programa “PROSPERA”
SEP	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Fomento de la cultura de la vejez y de respeto a los adultos mayores, así como de su educación
CONACULTA	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define.	Desarrollo humano por medio de la cultura.
INEA	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define.	Rezago educativo en las personas adultas mayores
SCT	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define.	Difusión de la cultura del aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores, y descuentos en tarifas de transporte
SNDIF	1999-2007	Manual del Modelo de atención, Casa hogar para ancianos	Mayores de 60 años	Población objetivo de las acciones definidas en el Modelo de atención, Casa hogar para ancianos
	2007-2014	Manual del Modelo Atención integral al Adulto Mayor albergado en Casas Hogar y Centros Gerontológicos en el Sistema Nacional DIF	60 años y más	Población objetivo de las acciones definidas en el Modelo “Atención integral al Adulto Mayor albergado en Casas Hogar y Centros Gerontológicos en el Sistema Nacional DIF”
	2014	Manual del Modelo de Atención Gerontológica	Mayores de 60 años	Población objetivo de las acciones definidas en el Modelo de Atención Gerontológica
CONAPRED	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Prevención y eliminación de la discriminación hacia las personas adultas mayores

Continúa...

...Continuación

Institución	Vigencia	Documento en el que se define	Rango edad	Ámbito de aplicación
CNDH	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Vigilancia de los derechos humanos de las personas adultas mayores.
SS	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Atención médica de las personas adultas mayores
INGER	2012-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Formación de especialistas en envejecimiento, y de atención médica
IMSS	2002-2014	Ley del Seguro Social	60 años o más	Regulación sobre el otorgamiento de una pensión por cesantía en edad avanzada
		Ley del Seguro Social	65 años o más.	Regulación sobre el otorgamiento de una pensión por vejez.
		Normativa específica para la aplicación de PREVENIMSS	65 años o más	Atención especializada en salud
ISSSTE	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Atención médica de las personas adultas mayores
	2007-2014	LISSSTE	65 años o más	Regulación de la pensión para la vejez
	2002-2014	LISSSTE 2007	60 años o más	Otorgamiento de una pensión por cesantía en edad avanzada
	1983-2007	LISSTE 1983	55 años o más	Otorgamiento de una pensión de retiro por edad y tiempo de servicios
	2007-2014	LISSSTE 2007	65 años o más	Otorgamiento de una pensión por vejez
Instituciones Públicas de Vivienda de Interés Social	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Otorgamientos de créditos para la vivienda a las personas adultas mayores
CONAVI	2006-2014	Reglas de Operación del Programa de Esquemas y Financiamiento y Subsidio Federal para Vivienda	60 años o más	Otorgamientos de créditos para la vivienda a las personas adultas mayores
STPS	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Promoción de empleos para los adultos mayores
SECTUR	2002-2014	No se define en la normativa específica	No se define	Participación de los adultos mayores en actividades turísticas.
CONSAR	2002-2014	LSAR	60 años o más	Normar los procedimientos de las cuentas de ahorro para el retiro
			60 años o más	Regulación del rango de edad para la inversión de los recursos de los trabajadores de mayor edad
Dirección General de Epidemiología	2002-2014	Normativa específica	60 años o más	Regulación de la metodología para la medición de la morbilidad
INEGI	2002-2014	Censos de población y vivienda	65 años o más	Medición de la mortalidad
			60 años o más	Cobertura del Sistema Nacional de Pensiones
			60 a 69 años	Medición del estado nutricional
CONEVAL	2005-2014	Medición de la pobreza	65 años o más	Medición de la población sin cotización a la seguridad social
			65 años o más	Acceso al sistema de pensiones

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en la LDPAM y en la normativa específica de las dependencias y entidades de la política de la atención de las personas adultas mayores.

En el periodo 2002-2014, el rango de edad definido por la LDPAM no fue transferido a la normativa específica de los actores de la política; en algunos casos, el rango definido no fue el mismo que el establecido en la ley; incluso hubo casos en los que la normativa correspondiente omitió delimitar el rango de edad con que define a una persona adulta mayor.

Con base en lo anterior, se evidenció un problema de desactualización de los ordenamientos específicos que rigen a los encargados de la política, con la LDPAM, por lo que, aun cuando existió una definición nacional de la población objetivo de la política de atención de las personas adultas mayores, ésta no fue adoptada por todos los actores, lo que hace proclive que las acciones que se implementan en los distintas vertientes y componentes de la política no atiendan a la totalidad de las personas de 60 años y más, o no adecuadamente, propiciando un escenario de inequidad.

Igualmente, las principales fuentes de información sobre las características de la población, los censos del INEGI y la medición de la pobreza del CONEVAL, no compartieron un mismo criterio para definir a las personas adultas mayores, lo que dificulta la correlación de datos para medir la contribución de las acciones implementadas en la atención del problema.

3.5.2. Focalización de la población

La LDPAM define como población objetivo de la política en esta materia a las personas que cuentan con 60 años y más de edad. Esto significa que, de acuerdo con la ley, la cobertura de las acciones de la política es irrestricta al cumplimiento de la edad señalada. Lo anterior contrasta con el hecho de que si bien el grupo de adultos mayores en general concentra ciertas desventajas en comparación con el resto de los grupos etarios, existen datos que apuntan hacia una graduación de las condiciones de vulnerabilidad al interior del grupo de la población adulta mayor.

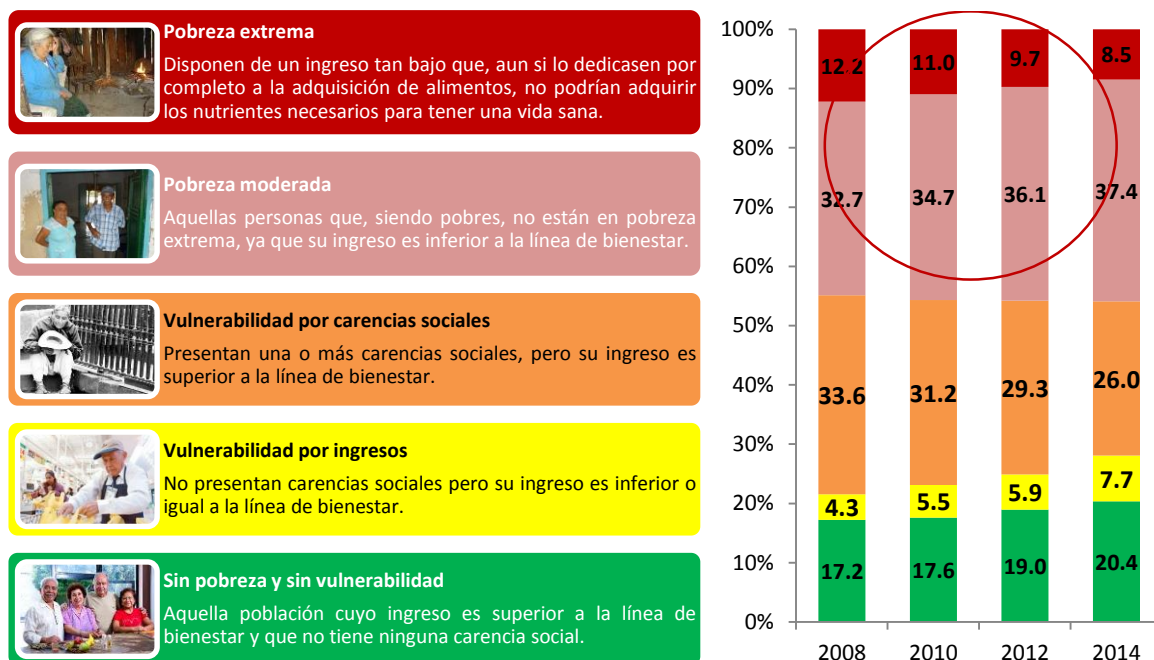
La definición del problema público señala que hay determinantes que contribuyen a que las personas lleguen a la etapa avanzada de su vida con un perfil distinto, no sólo frente a los jóvenes, sino también con sus semejantes. Esos perfiles son producto de la historia de vida de cada individuo, de su trayectoria académica y laboral, de la situación socioeconómica específica

que su generación vivió (crisis económicas, brechas sociales), así como el entorno geográfico en el que se encuentran (urbano o rural), por lo cual, el nivel de vulnerabilidad de una persona adulta mayor puede variar de forma importante.

Partiendo de la influencia que tienen los factores mencionados sobre las condiciones de vida de las personas, se debe aceptar que el estado de vulnerabilidad del conjunto de población de adultos mayores no es uniforme, y las carencias pueden ser graduadas por su gravedad. Al respecto, en 2004 se publicó la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), en la cual se definió que el CONEVAL sería la autoridad para determinar la metodología de la medición de la pobreza; en atención a ello, estableció el parámetro nacional para medir la vulnerabilidad de la población.

En correspondencia con su mandato, el CONEVAL identificó, mediante la medición de la pobreza, a la población vulnerable, a partir de: su bienestar económico, asociado al ingreso de la población; los derechos sociales, relacionados con los derechos básicos para el desarrollo humano, y el contexto territorial, que incorpora aspectos que trascienden el ámbito individual, como las peculiaridades geográficas y culturales. Tomando como base lo anterior, el CONEVAL efectuó una partición en la que ubicó a los adultos mayores en distintos niveles de vulnerabilidad. Las categorías son las siguientes: población en situación de pobreza moderada; población en situación de pobreza extrema; población vulnerable por carencias sociales; población vulnerable por ingresos, y población no pobre y no vulnerable. De 2008 a 2014, la aplicación de esta taxonomía al grupo de personas adultas mayores mostró lo siguiente:

SEMÁFORO DE LA VULNERABILIDAD EN LAS PAM (65 y más años), CONEVAL, 2008 Y 2014
 (Porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en CONEVAL, **Medición de la pobreza de la población adulta mayor**, 2008 y 2014; CONEVAL, **Glosario de medición de la pobreza**.

Nota: La medición de la pobreza en adultos mayores del CONEVAL utiliza el rango de edad de 65 años o más.

Como se observa, de 2008 a 2014 la variación de los indicadores ha sido mínima, por lo que a 2014 el 45.9% de los adultos mayores de 65 años y más se encontraba en pobreza; de éstos, el 8.5%, en pobreza extrema y el 37.4%, en pobreza moderada; asimismo, el 26.0% presentaba una o más carencias sociales, pero tenía ingresos superiores a la línea de bienestar; el 7.7%, no presentaba carencias, pero tenía ingresos inferiores a la línea de bienestar, y únicamente el 20.4% no era pobre ni vulnerable.

En número absolutos, los datos son los siguientes:

PAM EN SITUACIÓN DE POBREZA (65 años y más), CONEVAL, 2014
 (Miles de personas)

Nivel de pobreza	PAM	Porcentaje
Pobreza extrema	767.5	8.5
Pobreza moderada	3,392.8	37.4
Vulnerabilidad por carencias sociales	2,359.1	26.0
Vulnerabilidad por ingresos	696.5	7.7
Sin pobreza y sin vulnerabilidad	1,846.6	20.4
Total	9,062.5	100.0

FUENTE: Estimaciones a partir de los datos de CONEVAL, **Medición de la pobreza de la población adulta mayor**, 2014.

PAM: Personas Adultas Mayores.

Nota: Los datos de medición de pobreza corresponden a personas de 65 años y más.

Partiendo del número de personas adultas mayores que se encuentran en cada una de las categorías de vulnerabilidad, y considerando que los recursos del Estado para la atención de los problemas públicos son limitados, es imperativo que la política en esta materia priorice y focalice sus esfuerzos en la atención de los adultos mayores en condición de pobreza.

Dicho imperativo es acorde con el mandato de la LGDS, que establece en sus artículos 8 y 19 que toda persona o grupo social en situación de vulnerabilidad tiene derecho a recibir acciones y apoyos tendientes a disminuir su desventaja, además de que los programas dirigidos a las personas en condiciones de pobreza, marginación o en situación de vulnerabilidad deben tener prioridad para la Administración Pública Federal. Asimismo, la LGDS indicó que los encargados de ejecutar los programas para la atención de grupos vulnerables deben seguir los lineamientos y criterios determinados por el CONEVAL para la definición, identificación y medición de la pobreza, por lo que las acciones de política deben diseñarse e implementarse a partir de criterios producidos en el análisis de la ponderación de la pobreza en la población objetivo de los programas sociales.

Además, de acuerdo con el artículo 32 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2014, “los programas de subsidios del Ramo Administrativo 20 Desarrollo Social se destinarán exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, de vulnerabilidad, rezago y de marginación, de acuerdo con los criterios de resultados que defina el Consejo Nacional de Población y a las Evaluaciones del Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social”.

El análisis del diseño de la política de la atención de las personas adultas mayores y de su población objetivo demostró que no existe un criterio de focalización homogéneo para definir a la población objetivo de la política basado en los grados de vulnerabilidad, y que pese al conocimiento de las variables de pobreza identificadas por el CONEVAL, en la mayoría de los programas que participan en la política, los conceptos utilizados correspondieron únicamente a la edad. Esto propicia nuevamente un escenario de desigualdad, ya que al no direccionar los apoyos prioritariamente a la población más vulnerable, y posteriormente al siguiente nivel de vulnerabilidad, y así sucesivamente, quedan sin atención los más pobres dentro de los pobres, los que ni siquiera pueden cubrir sus necesidades de alimentación.

3.6. Planificación demográfica para el diseño de la política de atención a las personas adultas mayores

Las transformaciones demográficas producen cambios significativos tanto cuantitativos como cualitativos sobre la forma como se organizan y moldean las sociedades, los cuales se traducen en nuevos desafíos de gran alcance para la formulación de políticas públicas. No obstante, esos retos no siempre se identifican con oportunidad, a pesar de ser a menudo predecibles, al menos en sus grandes tendencias y componentes. Entre los desafíos demográficos más importantes que se enfrentan en el ámbito mundial destaca el envejecimiento poblacional, ya que se espera que su magnitud se incremente en las próximas décadas y que tenga profundas repercusiones en la dinámica de la sociedad, por el aumento en la demanda de servicios especializados para atender las diferentes necesidades de las personas mayores, por la transición epidemiológica asociada o por la reducción de la población económicamente activa; por ello, la información oportuna relativa a los cambios poblacionales constituye un elemento indispensable para el diseño de políticas orientadas a enfrentar tanto los rezagos históricos como los retos emergentes de la dinámica demográfica.^{109/}

Las políticas de población tienen el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas y mantener y acrecentar las condiciones de bienestar para las generaciones futuras a partir de la identificación del volumen, la composición por edades y la geolocalización de la población, factores vinculados con las demandas y las necesidades sociales específicas. Por ello, se requiere que las políticas de población impulsen el desarrollo, anticipen y contrarresten los riesgos asociados al comportamiento poblacional y prevean las necesidades futuras de la población.^{110/}

En México, el origen de las políticas poblacionales data de más de cien años; sin embargo, su actualidad se remonta a la década de los setenta, cuando se definió y estableció una serie de formulaciones jurídicas, programáticas e institucionales en materia de población, con la promulgación de la Ley General de Población (LGP) en 1974; con el establecimiento del Consejo

^{109/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe, **Envejecimiento poblacional**, Observatorio Demográfico de América Latina, No. 12, Octubre 2011, p. 13.

^{110/} Consejo Nacional de Población, **Programa Nacional de Población 2014-2018**, México, 2014, p. 61.

Nacional de Población (CONAPO) en ese mismo año, y la elaboración del Programa Nacional de Población (PNP) 1977-1982.^{111/}

De acuerdo con la LGP y su reglamento (RLGP), el objetivo fundamental de la política nacional de población es regular los fenómenos que afectan su volumen, estructura, dinámica y distribución en el país, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes, y al logro de la participación justa y equitativa de hombres y mujeres en los beneficios del desarrollo económico y social.^{112/}

Para ello se creó el CONAPO, el cual tiene a su cargo la planeación demográfica del país, cuya finalidad es incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos, por lo cual se le dotó de la facultad para establecer previsiones, consideraciones y criterios demográficos de orden general para que sean incluidos en los programas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF).^{113/}

En consecuencia, el CONAPO tiene tres funciones básicas en relación con las políticas de población:

- Definir y establecer la política nacional de población, donde se determina cuál es el comportamiento deseado de la dinámica demográfica y de la estructura poblacional.
- Elaborar estudios, investigaciones, herramientas y demás insumos, para incluir a la población y sus características en la definición de los programas de acción gubernamentales.
- Difundir el interés por la cultura demográfica entre la población en general, para informar y concientizar a ésta sobre el comportamiento de los fenómenos poblacionales y los efectos que tiene en la vida individual y colectiva.

^{111/} Alfonso Sandoval Arriaga, “Políticas de población: viejos y nuevos desafíos” en Manuel Ordorica y Jean-François Prud'homme (coordinadores), **Los grandes problemas de México, Vol. I**, Colegio de México, 2010, p. 432 y 440, y Consejo Nacional de Población, **Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009**, México, 2009, p. 274.

^{112/} Diario Oficial de la Federación, **Ley General de Población**, 7 de enero de 1974, artículos 1 y 5, y **Reglamento de la Ley General de Población**, 14 de abril de 2000, artículos 5 y 9.

^{113/} **Ibíd.**, artículo 35.

Para cumplir con estas facultades, el consejo se integra por una estructura de decisión de carácter colegiado y multisectorial, presidida por el titular de la Secretaría de Gobernación (SG) y los representantes (que tienen el carácter de consejeros) de diez dependencias, cinco entidades y un órgano constitucionalmente autónomo. Asimismo, dispone de una estructura de tipo operativo que está a cargo de la Secretaría General del CONAPO (SGCONAPO), órgano desconcentrado de la SG. La SGCONAPO tiene como atribuciones principales las de promover y vigilar la ejecución de los acuerdos del pleno del CONAPO; desempeñar las funciones que en el orden técnico y administrativo le asigne este consejo;^{114/} analizar, evaluar, sistematizar y producir información sobre los fenómenos demográficos, así como elaborar proyecciones poblacionales.^{115/}

Sin embargo, el diseño institucional de este organismo es incompleto, ya que no están delimitadas las atribuciones, responsabilidades y funciones de los consejeros, y porque la SGCONAPO no cuenta con facultades de decisión y vinculación sustantivas, a pesar de constituir la instancia ejecutora en materia de políticas de población.^{116/}

El CONAPO, mediante los programas de población, identifica y determina las prioridades relacionadas con el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población, a efecto de atenderlas mediante las acciones correspondientes a los ámbitos de competencia de cada uno de sus miembros y de las demás dependencias y entidades de la APF.^{117/}

Como resultado, en los PNP 2001-2006, 2008-2012 y 2014-2018 se establecieron objetivos, estrategias y líneas de acción orientados a definir el comportamiento de la estructura poblacional en el mediano y largo plazos; a mejorar la focalización de la intervención gubernamental en favor de los grupos sociales en condición de vulnerabilidad o rezago social, incluido el de las personas adultas mayores, y promover la cultura demográfica entre la población general.

A continuación se presenta la evolución programática de la planeación demográfica del envejecimiento:

^{114/} Diario Oficial de la Federación, **Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación**, 2 de abril de 2013, artículos 95 y 96.

^{115/} Diario Oficial de la Federación, **Reglamento de la Ley General de Población**, 14 de abril de 2000, artículo 37.

^{116/} Octavio Mojarro Dávila, “El proceso de institucionalización de la política de población en México, 1974-2014” en Patricia Chemor Ruiz (coordinadora), **40 años del Consejo Nacional de Población**, México, 2014, p. 68.

^{117/} Diario Oficial de la Federación, **Reglamento de la Ley General de Población**, 14 de abril de 2000, artículo 9.

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA PLANEACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ENVEJECIMIENTO, 2001-2018

Programa Nacional de Población		
2001-2006	2008-2012	2014-2018
Objetivos	Objetivos	Objetivos
Anticipar las demandas sociales derivadas del cambio en la estructura por edad de la población y atenderlas con oportunidad y equidad	Preparar las instituciones y adecuar las políticas de desarrollo para aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos que se derivan del cambio en la estructura por edad	Aprovechar las oportunidades de desarrollo social y económico propiciadas por el cambio demográfico
Estrategias	Estrategias	Estrategias
- Invertir en el desarrollo humano de las y los jóvenes y fomentar en ellos actitudes y prácticas de prevención y planeación - Prever las demandas del envejecimiento demográfico y brindar más y mejores oportunidades al adulto mayor	Propiciar el aprovechamiento de los dividendos demográficos y sentar las bases para encarar el envejecimiento poblacional	- Prever los efectos socio-económicos del proceso de envejecimiento de los hombres y las mujeres - Anticipar los efectos de la transición demográfica sobre la estructura y dinámica de los hogares y las familias
Líneas de acción	Líneas de acción	Líneas de acción
Generar condiciones de equidad en el acceso a las oportunidades educativas	Fortalecer la coordinación interinstitucional para maximizar los beneficios potenciales de los dividendos demográficos	Generar y difundir escenarios de cambio demográfico asociados a políticas de desarrollo, que permitan evaluar oportunidades y desafíos del envejecimiento
- Mejorar las condiciones de salud de la población en todas las etapas del curso de vida y fomentar una cultura de la prevención y del cuidado de la salud, que proteja a las personas de daños en etapas posteriores de sus vidas - Fomentar acciones en el ámbito familiar, sobre todo entre los hogares en situaciones de pobreza, riesgo y vulnerabilidad social, dirigidas a fortalecer las inversiones en capital humano - Llevar a cabo estudios e investigaciones para anticipar las demandas y necesidades en el corto, mediano y largo plazos derivadas del envejecimiento demográfico y promover su atención	- Establecer mecanismos de atención y cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo de vida que contribuyan a elevar el capital humano - Promover acciones orientadas a elevar el capital humano y la calificación de la fuerza de trabajo - Llevar a cabo estudios e investigaciones que permitan anticipar las demandas y necesidades que se derivan del cambio en la composición por edades de la población, así como evaluar la satisfacción de las mismas en los grupos etarios y el aprovechamiento de los dividendos demográficos	- Apoyar las políticas de impulso al ahorro en las edades activas - Anticiparse a los efectos futuros sobre el bienestar de la población, que están asociados al cambio en la dinámica de los hogares y la conformación de las familias

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Consejo Nacional de Población, **Programa Nacional de Población 2001-2006, 2008-2012 y 2014-2018.**

Las estrategias y las medidas de acción enfocadas a fortalecer las capacidades institucionales e individuales para enfrentar el proceso de envejecimiento fueron una constante en los documentos programáticos de población del periodo 2001-2018.

En el PNP 2001-2006 se precisó que el objetivo de la política de población en materia de envejecimiento era anticipar las demandas derivadas del cambio en la estructura por edad de la población que afectarán la vida económica, social, cultural y política del país.

Posteriormente, en el PNP 2008-2012 se estableció como finalidad de esta política fortalecer el entramado institucional para aprovechar y enfrentar los cambios poblacionales derivados del envejecimiento demográfico. Por ello, se propuso robustecer la coordinación de las instituciones públicas, y se reiteró la importancia de incrementar el desarrollo de recursos humanos y la investigación demográfica.

En el PNP 2014-2018, se estableció el objetivo de aprovechar las consecuencias que tendrá el cambio demográfico en el futuro próximo, mediante la prevención y anticipación de los efectos socio-económicos del proceso de envejecimiento.

Respecto de la programación para la focalización de la intervención gubernamental, se observó lo siguiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO PARA LA FOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL, 2001-2018

Programa Nacional de Población		
2001-2006	2008-2012	2014-2018
Objetivos	Objetivos	Objetivos
Contribuir a romper el círculo vicioso entre pobreza y rezago demográfico	Continuar avanzando en la transición demográfica, particularmente entre los grupos con mayores rezagos sociales	Aprovechar las oportunidades de desarrollo social y económico propiciadas por el cambio demográfico
Estrategias	Estrategias	Estrategias
Reforzar la articulación de los programas de población con las estrategias más amplias de desarrollo social y humano y de superación de la pobreza	Reforzar la articulación entre los programas de población y los de desarrollo económico, social y humano	Atender el rezago demográfico en regiones o grupos de población en desventaja social, considerando la diversidad cultural
Líneas de acción	Líneas de acción	Líneas de acción
Diseñar y promover estrategias dirigidas a acompañar los programas y acciones en materia de población con los de desarrollo humano y social	- Promover la consideración de contenidos demográficos en los programas de desarrollo económico y social - Fortalecer los mecanismos de focalización de las estrategias de desarrollo hacia los grupos y regiones con rezago demográfico - Realizar estudios e investigaciones orientados a explorar las relaciones entre población y desarrollo	- Fortalecer los mecanismos de coordinación institucional que atienden u operan las políticas sociales de atención a la pobreza y marginación - Hacer frente a los desafíos derivados de la pobreza, marginación y el rezago demográfico, que crean un círculo vicioso para el desarrollo - Producir y difundir información sobre tendencias demográficas, que permitan fortalecer las políticas sociales de atención a la pobreza y marginación

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Consejo Nacional de Población, **Programa Nacional de Población 2001-2006, 2008-2012 y 2014-2018.**

Los elementos programáticos de mediano plazo incluidos en los programas de planeación subrayaron la importancia de utilizar la información demográfica para mejorar y precisar la

focalización de las estrategias y acciones que realizan las dependencias y entidades de la APF en beneficio de los grupos vulnerables, incluido el de los adultos mayores, mediante el aumento de la articulación entre los programas de desarrollo social y económico y la información demográfica.

En estos programas se establecieron 29 metas para medir el avance en el cumplimiento de los objetivos de la política de población; sin embargo, ninguno de ellos tomó en cuenta la necesidad de contar con información para medir el empleo de los criterios y consideraciones demográficas elaborados por este organismo en el diseño de los programas de desarrollo económico y social de la APF.

En cuanto a la programación sobre la cultura demográfica, se precisó lo siguiente:

EVOLUCIÓN DEL DISEÑO PROGRAMÁTICO DE LA CULTURA DEMOGRÁFICA, 2001-2018

Programa Nacional de Población		
2001-2006	2008-2012	2014-2018
Objetivos	Objetivos	Objetivos
Extender y arraigar una más sólida cultura demográfica	Extender y arraigar una sólida cultura demográfica	Ampliar el desarrollo de una cultura demográfica basada en valores de prevención, participación social, tolerancia y vigencia de derechos humanos
Estrategias	Estrategias	Estrategias
Fortalecer los esfuerzos de información, educación y comunicación en población	Fortalecer los esfuerzos de información, educación y comunicación en población	- Instrumentar programas de comunicación y divulgación para difundir información sociodemográfica para la toma de decisiones libres y responsables - Contribuir al desarrollo de contenidos sociodemográficos en programas del sistema educativo nacional
Líneas de acción	Líneas de acción	Líneas de acción
Reforzar de manera permanente el desarrollo conceptual y metodológico de las acciones de información, educación y comunicación en población	- Adecuar el marco conceptual y metodológico de la información, educación y comunicación en población a los retos derivados del cambio demográfico - Promover la educación en población y la actualización de los contenidos educativos en los diferentes niveles del Sistema Educativo Nacional - Diversificar e intensificar las estrategias de información, educación y comunicación sobre temas de población	- Potenciar estrategias de información, comunicación y educación por medio de espacios que fomenten el interés en la cultura demográfica - Difundir información sociodemográfica en medios electrónicos y digitales para distintos grupos de población - Adecuar el marco conceptual y metodológico de programas de educación en población a los retos derivados del cambio demográfico

Continúa...

...Continuación

	• Sensibilizar a la población sobre los cambios demográficos y sus implicaciones en los ámbitos individual, familiar y comunitario	• Actualizar los temas de población en los contenidos educativos en los diferentes niveles del Sistema Educativo Nacional • Sensibilizar a la población sobre los cambios demográficos y sus implicaciones en los ámbitos individual, familiar y comunitario

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Consejo Nacional de Población, **Programa Nacional de Población 2001-2006, 2008-2012 y 2014-2018.**

Asimismo, la política de población fijó como uno de sus objetivos prioritarios el de desarrollar una cultura demográfica generalizada entre la población que permita su extensión y arraigo, así como la difusión de prácticas de previsión y planeación para los eventos del curso de vida que favorezcan cambios en los valores, las actitudes y los comportamientos de las personas en los ámbitos de relevancia demográfica.

La principal estrategia que se definió fue la educación para la vejez, que incluía a la instrucción formal, como contenidos de enseñanza para los planes y programas de los diferentes niveles del Sistema Educativo Nacional, y a la no formal, entendida como la comunicación de la información demográfica por medios no escolares, como los electrónicos y digitales. Con estas medidas se pretende moldear una conciencia pública sobre los problemas asociados al comportamiento de la población y sus efectos en su calidad de vida.

En el documento denominado “40 años del Consejo Nacional de Población” se resalta que a pesar de que la multisectorialidad implica una mayor amplitud para los programas de planeación demográfica, la falta de mecanismos, capacidades técnicas e indicadores que permitan instrumentar programas en cada campo de acción constituye el principal problema para la implementación de esta política.^{118/}

Lo anterior se sustenta en el hecho de que, si bien los PNP establecen una programación integral para atender los retos que presenta el comportamiento demográfico del país, no se identifica a los responsables de cumplir con los objetivos y estrategias propuestos; asimismo, se carece de mecanismos para vincular el diseño de la política nacional de población con los operadores de las políticas públicas sectoriales relacionadas.

^{118/} Octavio Mojarro Dávila, **op. cit.**, p. 69.

Para la implementación de la política demográfica nacional, la SGCONAPO cuenta con el programa presupuestario P006 “Planeación demográfica del país”, el cual en 2014 ejerció un presupuesto de 60,807.9 miles de pesos para realizar las funciones de planeación e investigación demográfica mantadas; estos recursos representaron el 0.1% de los recursos destinados al Ramo 04 “Gobernación”.

De acuerdo con los informes de rendición de cuentas del CONAPO, entre 2008 y 2014 este organismo realizó diversos estudios, artículos y herramientas sobre la situación demográfica del país que fueron empleados en el diseño de diversos instrumentos programáticos de la APF,^{119/} pero no permitieron conocer si estos materiales fueron utilizados para la focalización de las intervenciones gubernamentales que se instrumentaron para beneficiar a las personas adultas mayores.

Los insumos demográficos generados por la SGCONAPO en el periodo 2002-2014 se presentan en el cuadro siguiente:

^{119/} Secretaría de Gobernación, **Tercer, Cuarto, Quinto y Sexto Informe de Labores** y Primer Informe de Labores 2012-2013 y **Segundo Informe Labores 2013-2014**.

INSUMOS DEMOGRÁFICOS ELABORADOS POR LA SGCONAPO, 2002-2014

Insumo	Presentación	Descripción
Proyecciones: - De la población a nivel nacional, 2000-2050 - De la población por entidad federativa, 2000-2030 - De la población indígena a nivel nacional y estatal, 2000-2010 - De la población a nivel nacional, 2005-2051 - De la población a nivel nacional, entidades federativas, municipios y localidades 2005-2050. Documento metodológico - De los hogares y las viviendas a nivel nacional y de las entidades federativas, 2005-2050 - De la población económicamente activa a nivel nacional y de las entidades federativas, 2005-2050 - De la población a nivel nacional, 2010-2050 - De la población por entidad federativa, 2010-2030 - De la población por municipios y localidades, 2010-2030 - De la dinámica demográfica 1990-2010 y de la población a nivel nacional, 2010-2030 - De la población a nivel nacional, 2010-2050. Documento metodológico - De la población de hogares y de hogares Indígenas, 2010-2030	Documento en físico y CD de datos. Documento en físico y en formato PDF. Documento en formato PDF Hola de cálculo.	Proyecciones poblacionales desagregadas a nivel nacional, estatal, municipal y local, según el caso; para la población en general o para indígenas, y por sexo. Incluye información sociodemográfica como: nacimientos, defunciones, migración, tasas de mortalidad, natalidad, esperanza de vida, entre otra.
Artículos, presentaciones y publicaciones: - La situación demográfica, 2002-2014 - Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI - Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México - Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte, 2004-2013 - Migración México-Estados Unidos. Temas de salud - Índice de marginación a nivel localidad, 2000, 2005, 2010 - Índice de marginación urbana, 2000, 2005, 2010 - Índices de marginación, 2005 - Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010 - Presentación de las reuniones de la Comisión Consultiva de Enlace con las Entidades Federativas, 3era-18ava - El primer dividendo demográfico y los sistemas de protección en México, en Notas de Población No. 90, CEPAL - El envejecimiento demográfico en México: niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores, en Revista Transdisciplina, Instituto Nacional de Geriatria - Infografía sobre el día internacional de las personas de la tercera edad	Documento en formato PDF, PowerPoint y página web.	En estos documentos se utiliza la información demográfica para la elaboración de artículos, presentaciones y publicaciones relacionados con el volumen, la estructura, la dinámica y la distribución de la población.
Campañas de comunicación: - Campaña “Hogares y familia”, 2002 y 2003 - Campaña “Adulto Mayor”, 2002, 2004 y 2005 - Campaña Envejecimiento Demográfico, 2008 - Exposición denominada “Población” en el museo UNIVERSUM, 2007-2014 - Programa de radio “Zona Libre”: temas de vejez y envejecimiento, 2003, 2004 y 2006-2014. - Concurso de dibujo y pintura infantil y juvenil: “Dibuja tu vida, dibuja tu futuro”, 2004, 2011 y 2014	Campaña en televisión, radio y periódicos, programa de radio, exposición y concurso.	Campañas de comunicación dirigidas a concientizar a la población en general sobre la importancia de adoptar medidas de previsión para enfrentar el envejecimiento y sensibilizarla sobre los cambios que presentan los arreglos familiares como consecuencia de la transición demográfica y de fomentar actitudes y prácticas de tolerancia y respeto hacia la población adulta mayor.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información proporcionada por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, mediante el oficio núm. SG/245/2015 del 30 de noviembre de 2015.

En el periodo 2002-2014, la SGCONAPO elaboró diversos insumos en materia demográfica relacionados con sus tres tareas sustantivas: proyecciones poblacionales con diferente nivel de desagregación y grupo de interés para la planeación del comportamiento de la estructura poblacional; publicaciones, artículos y presentaciones en materia de población, particularmente relacionados con las condiciones sociodemográficas de las personas adultas mayores, y campañas de comunicación para sensibilizar a la población en general sobre el respeto y aprecio por la vejez y la previsión del envejecimiento individual y colectivo.; sin embargo, la SGCONAPO no acreditó cómo dicha información fue utilizada en el diseño de los programas dirigidos a atender a la población adulta mayor; en la planificación del comportamiento poblacional, y de qué forma incidió en la modificación de la concepción y actitud que las personas tienen sobre la vejez y el envejecimiento.

En síntesis, el CONAPO y la SGCONAPO han realizado diversas acciones para enfrentar las problemáticas asociadas al comportamiento de la estructura poblacional, el primero diseñando y elaborando la planeación nacional en la materia y la segunda, realizando y difundiendo insumos demográficos, así como campañas de concientización entre la población general; sin embargo, el andamiaje jurídico-institucional que determina sus atribuciones y responsabilidades presenta deficiencias que limitan su labor pública.

Asimismo, si bien los PNP del periodo 2001-2018 propusieron una estrategia integral frente a los retos y desafíos derivados del comportamiento de la estructura poblacional y, particularmente, de las necesidades que requieren y requerirán las personas adultas mayores, las dependencias y entidades involucradas no adoptaron las directrices de dichos programas, por lo que no existe complementariedad entre la política de población y la política en favor de este grupo etario para la consecución de un objetivo común enfocado en el mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores y en la previsión del proceso de envejecimiento demográfico que atraviesa el país.

4. Implementación y Resultados

De acuerdo con las estimaciones del CONAPO, en 2014 existían 11,669.4 miles de personas de 60 años o más, que representaron el 9.7% de los 119,713.2 miles de personas que habitaban en el país, como se muestra en el cuadro siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO, 2002-2014 (Miles de personas)			
Año	Población total	Población adulta mayor	Porcentaje de personas adultas mayores
2002	103,417.9.	7,989.1	7.7
2003	104,719.9	8,230.8	7.9
2004	105,951.5	8,480.5	8.0
2005	107,151.0	8,734.5	8.2
2006	108,408.8	8,996.2	8.3
2007	109,787.4	9,273.4	8.4
2008	111,299.0	9,566.2	8.6
2009	112,852.5	9,873.5	8.7
2010	114,255.5	10,195.8	8.9
2011	115,682.9	10,534.5	9.1
2012	117,053.7	10,893.4	9.3
2013	118,395.0	11,271.9	9.5
2014	119,713.2	11,669.4	9.7
TMCA	1.2	3.2	1.9

FUENTE: CONAPO, *Proyecciones demográficas para adultos mayores, 2000-2030*, México, 2015.

Entre 2002 y 2014, la población adulta mayor creció 3.2% en promedio anual, lo que significó 2.0 puntos porcentuales más que el crecimiento promedio anual de la población general, que fue de 1.2%.

En este contexto, la política de atención a la población adulta mayor se integró por el conjunto de acciones implementadas por el Gobierno Federal para la atención de las distintas

problemáticas que presentaron las 11,669.4 miles de personas que conforman este grupo poblacional. A continuación se presenta el análisis de la implementación y los resultados de la política en sus tres vertientes: la revaloración social de las personas adultas mayores; atención del adulto mayor, y planificación del envejecimiento poblacional.

4.1. La revaloración social de las personas adultas mayores

La LDPAM establece como uno de los componentes de la política de atención a la población adulta mayor la construcción en la sociedad de una cultura de aprecio a la vejez que conduzca a su trato digno; a su revaloración e integración social, y evite la discriminación.

Para desarrollar la estrategia de revaloración social de la población adulta mayor, la ley dotó de facultades al INAPAM, a la SEP, a la SCT y al SNDIF.

En lo que corresponde al INAPAM, definido por la ley como el órgano rector de la política, éste tiene entre sus atribuciones las siguientes: implementar campañas de comunicación orientadas a la población en general, en materia de revaloración de la población adulta mayor; impulsar políticas dirigidas al desarrollo integral de este grupo poblacional, que incorporen la participación del gobierno y la sociedad civil, y promover la participación de la población adulta mayor en la vida pública.

Para llevar a cabo estas actividades, el INAPAM opera desde 2002 el programa presupuestario E003 "Servicios a Grupos con Necesidades Especiales", que en 2014 tuvo el objetivo de “contribuir a la construcción de una sociedad igualitaria mediante políticas que fomenten el ejercicio de los derechos y el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores”.

En el marco del componente de revaloración social de la población adulta mayor, el INAPAM realizó dos acciones: implementó campañas de comunicación para difundir y fortalecer los valores y derechos de las personas adultas mayores, y proporcionó asesoría jurídica a adultos mayores afiliados al INAPAM.

En 2014, el instituto afilió a 1,175.9 miles de personas adultas mayores de 60 años y más, lo que representó el 10.1% de los 11,669.4 miles adultos mayores que existían en ese año, como se muestra en el cuadro siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO AFILIADAS AL INAPAM, 2003-2014						
(Miles de personas)						
Año	PAM	PAM adscritas al INAPAM	PAM sin afiliar	Porcentaje de cobertura	Asesoría jurídica a PAM	Porcentaje de cobertura
	(a)	(b)	(c)	(d)= ((b)/(a))*100	(e)	(f)= ((e)/(a))*100
2002	7,989.1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.a
2003	8,230.7	618.2	7,612.5	7.5	n.d.	n.a
2004	8,480.5	968.2	7,512.3	11.4	n.d.	n.a
2005	8,734.6	1,303.6	7,431.0	14.9	n.d.	n.a
2006	8,996.2	986.4	8,009.8	11.0	n.d.	n.a
2007	9,273.4	730.0	8,543.4	7.9	n.d.	n.a
2008	9,566.3	1,141.9	8,424.4	11.9	n.d.	n.a
2009	9,873.5	1,141.4	8,732.1	11.6	1.0	0.01
2010	10,195.8	994.2	9,201.6	9.8	1.7	0.02
2011	10,534.4	1,154.3	9,380.1	11.0	n.d.	n.a
2012	10,893.4	1,080.7	9,812.7	9.9	2.4	0.02
2013	11,271.9	1,182.1	10,089.8	10.5	2.7	0.02
2014	11,669.5	1,175.9	10,493.6	10.1	1.6	0.01
TMCA	3.2%	6.0%	3.0%	2.7%	9.9%	n.a.

FUENTE: CONAPO, **Proyecciones demográficas adultos mayores (personas de 60 años o más) 2000-2030**, México, 2015 e información proporcionada por el INAPAM, mediante el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

N.d: No disponible.

N.a: No se aplica.

De 2003 a 2014, la afiliación al INAPAM aumentó en promedio anual 2.7%, al pasar de 618.2 miles a 1,175.9 miles de adultos mayores. Los servicios de asesoría jurídica a sus afiliados incrementaron en promedio anual 9.9%, al pasar de 1.0 miles de adultos mayores atendidos en 2009 a 1.6 miles en 2014; sin embargo, el número de beneficiarios fue marginal, respecto del número de afiliados, ya que en 2014 el porcentaje de afiliados al que se les proporcionó asesoría jurídica fue del 0.01%.

Asimismo, el INAPAM careció de indicadores y metas de cobertura de las asesorías jurídicas que presta, así como del efecto de las mismas en la resolución de los problemas de la población atendida.

En lo que corresponde a las campañas de comunicación social, a pesar de que el INAPAM se constituyó en 2002, reportó haber realizado campañas de comunicación hasta 2006, cuyo objeto fue el de promover la protección de los derechos de las personas adultas mayores y el reconocimiento a su experiencia y capacidades. Las campañas realizadas se presentan en el cuadro siguiente:

CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL REALIZADAS POR EL INAPAM EN EL PERIODO 2006-2013				
Número	Año	Campaña	Vigencia	Cobertura
1	2006	Logros del Gobierno Federal para la gente grande	20 de marzo al 15 de mayo	Distrito Federal, Michoacán, Baja California, Yucatán, Chiapas, Oaxaca y Chihuahua.
2	2007	Los adultos mayores trabajan, el INAPAM, trabaja para ellos	16 de julio al 14 de octubre	Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Tamaulipas, Coahuila, Tabasco, Hidalgo, Colima
3	2008	Los adultos mayores también tienen derechos	25 de agosto al 25 de octubre	Distrito Federal, Edo. de México, Puebla, Jalisco y Veracruz.
4	2009	Tu economía es muy importante y la estamos defendiendo	6 al 26 de abril	Nacional
5	2010	A ser adulto mayor también se aprende	1 al 30 de octubre	Nacional
6	2011	Por un México para todas las edades	15 de noviembre al 15 de diciembre	Distrito Federal, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Puebla, Tabasco y Tamaulipas.
7	2012	Acciones para la reconstrucción del tejido social	23 al 29 de marzo	Distrito Federal, Durango, Chipas, Yucatán, Quintana Roo, Chihuahua, Guerrero, Monterrey y Oaxaca.
8	2013	Acciones del INAPAM	15 de julio al 22 de agosto	Nacional

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información proporcionada por el INAPAM mediante el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

De las 8 campañas realizadas por el instituto en el periodo 2006-2013, enfocadas en promover la revaloración social del adulto mayor, únicamente 3 (37.5%) tuvieron una cobertura en el ámbito nacional, las otras 5 (62.5%) se dirigieron a algunas entidades federativas, sin que el INAPAM explicara la motivación de dicha cobertura.

De acuerdo con el INAPAM, las campañas fueron difundidas por televisoras, radiodifusoras y medios impresos de comunicación; sin embargo, se careció de información de los objetivos de cada una de las campañas de comunicación, de los indicadores y metas para medir la cobertura poblacional, de la penetración de los mensajes y del efecto en la conceptualización que tiene la sociedad hacia este grupo de población. Tampoco se dispuso de la información sobre los recursos ejercidos en estas acciones.

Por último, el INAPAM no dispuso de información respecto de las acciones realizadas para impulsar políticas dirigidas al desarrollo integral de este grupo de población, que incorporen la participación del gobierno y la sociedad civil, y para promover la participación de la población adulta mayor en la vida pública, responsabilidades conferidas en la LDPAM.

En lo que respecta a la SEP, la LDPAM establece para esta dependencia la responsabilidad de fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.

Al respecto, en el periodo 2009-2014, por medio de la Dirección General de Televisión Educativa, la SEP realizó una serie de programas televisivos sólo en 2009 y en 2011 con el objetivo de difundir una cultura de aprecio para las personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro siguiente:

PROGRAMAS DE TELEVISIÓN TRANSMITIDOS POR LA SEP PARA EL FOMENTO DE UNA CULTURA DE APRECIO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2009 y 2011			
Año	Serie	Número de programas	Objetivo
2009	“Una cana al viento”	29 programas (27 minutos cada uno)	Compartir el gozo y la vitalidad, perspectivas que animan la vida cotidiana de los adultos mayores. Cada programa abordó temas relacionados con la salud física y emocional, el trabajo, la familia o el derecho al cuidado integral de las personas de la tercera edad. Rescatando el valor de sus saberes y experiencia acumulada, así como el derecho a gozar de tranquilidad.
2011	“Un nuevo significado”	32 programas (57 minutos cada uno)	Dedicada principalmente a las personas de la tercera edad, con diversas secciones y especialistas que dan consejos y asesorías en temas relacionados al ejercicio, leyes, finanzas, cocina, salud y cultura.
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información proporcionada por la SEP mediante oficio DGPyRF.-20.2/12608 del 21 de agosto de 2015.			

En 2009, la SEP transmitió 29 programas de televisión relacionados con las experiencias de la vida cotidiana de las personas adultas mayores, y en 2011 emitió 32 programas enfocados en dar asesorías a los adultos mayores sobre temas legales, de salud y recreativos.

Asimismo, sólo en 2008 y 2011, la SEP incluyó en sus programas de estudio de primaria y secundaria, en la materia de Formación Cívica y Ética, contenidos enfocados a propiciar el respeto a los derechos humanos de la población adulta mayor, los programas se muestran a continuación:

PROGRAMAS DE ESTUDIO EN MATERIA DE FORMACIÓN CÍVICA Y ÉTICA PARA LA EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, 2008 y 2011		
Programa	Grado	Tema referente a personas adultas mayores
Programa Integral de Formación Cívica y Ética		
Primaria 2008	Primero	Todo el grupo comenta las necesidades que niñas y niños tienen para vivir: alimentarse, vestirse, tener un lugar dónde vivir. Los alumnos dibujan a personas de su familia y de la localidad que requieren de atención y cuidados especiales para cubrir estas necesidades, por ejemplo: los bebés, los ancianos, las personas con alguna discapacidad o enfermedad.
	Cuarto	Se describen situaciones que, con base en los derechos humanos, se consideran como justas o injustas, y se muestra la importancia de valorar la existencia de leyes que respaldan el trato justo e igualitario de las personas. Se considera la integridad y los derechos propios y de otros como criterios para orientar las acciones en la escuela. Los alumnos buscan, en periódicos o revistas de la localidad o entidad, casos de injusticia y violación de los derechos humanos de niños, mujeres, ancianos, trabajadores, personas con alguna discapacidad, etc. El grupo argumenta por qué consideran que la situación ejemplificada es injusta, qué derechos son violados, quién sufre este daño a sus derechos y quién los afecta.
	Quinto	Se enseña a manifestar posturas críticas ante programas de televisión, radio, películas o literatura que promuevan o asignen estereotipos a hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, integrantes de grupos indígenas, o personas con alguna discapacidad.
	Sexto	Se recopila información sobre casos en que se dañan los derechos humanos de ciertos grupos en nuestro país: ancianos, mujeres, indígena, niñas y niños, etc., y se plantean algunas conclusiones sobre la necesidad de que las leyes respalden el respeto a tales derechos.
Programas de estudio, Formación Cívica y Ética		
Primaria 2011	Primero	Se dialoga con el grupo sobre las necesidades de las personas a diferentes edades, qué necesitan las personas para vivir y qué necesidades tienen los adultos mayores.
	Tercero	Se aborda el tema “Respeto y valoración de la diversidad”. Se refiere a las facultades para reconocer la igualdad de las personas en dignidad y derechos, así como a respetar y valorar sus diferencias en su forma de ser, actuar, pensar, sentir, creer, vivir y convivir. La diversidad es una condición inherente a cualquier forma de vida y se expresa en aspectos como edad, sexo, religión, fisonomía, costumbres, tradiciones, formas de pensar, gustos, lengua y valores personales y culturales. Se dialoga en grupo el tema de “Las diferencias nos enriquecen”. Se aborda con el grupo situaciones de rechazo a alguien por ser diferente. De qué formas se expresa el rechazo a personas y grupos. Qué puedo hacer cuando observo que las personas son rechazadas por su edad, aspecto físico, etnia, lengua, género, estrato socioeconómico o lugar de origen.
	Cuarto	Se continúa el tema “Respeto y valoración de la diversidad”. En el tema “México: una sociedad respetuosa de la singularidad y la pluralidad”, se define qué son los prejuicios, ¿por qué deben cuestionarse situaciones que promueven prejuicios, falta de equidad y discriminación contra distintas personas por cuestiones de edad, género, etnicidad y religión?
	Quinto	Se continúa el tema “Respeto y valoración de la diversidad”.
Programas de estudio, Formación Cívica y Ética		
Secundaria 2011	Segundo	Se dialoga con el grupo sobre las actitudes que deterioran y obstaculizan la convivencia: etnocentrismo y discriminación basada en el origen étnico o nacional; sexo, edad, discapacidad; la condición social o económica; condiciones de salud, embarazo; lengua, religión, opiniones; preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra. Se aborda el tema de prácticas discriminatorias que reproducen la desigualdad, la exclusión, la pobreza y atentan contra los derechos fundamentales de las personas, obstaculizan el desarrollo nacional e impiden la consolidación democrática del país.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información proporcionada por la SEP, mediante el oficio DGPYRF.-20.2/12608 del 21 de agosto de 2015.

Pese a que la SEP realizó acciones para cumplir su mandato de fomentar en la población una cultura de aprecio a la vejez, dichas acciones fueron aisladas y desarticuladas, ya que únicamente se realizaron en 2008 y 2011; no se determinó que las acciones realizadas por la SEP formen parte de una estrategia integral para la revaloración de la población adulta mayor, y no se identificó la coordinación entre esta dependencia y el INAPAM, quien tiene la

responsabilidad de dar rectoría a esta política. Asimismo, la SEP no dispuso de indicadores ni metas para medir, en el caso de los programas de televisión, la penetración de los mensajes ni el efecto en la conceptualización de la sociedad hacia este grupo de población; en el caso de los programas de estudio, tampoco contó con elementos para verificar la asimilación de los conocimientos de los alumnos en esta materia.

En lo que concierne al SNDIF, la LDPAM le confirió la responsabilidad de instrumentar programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo. En este contexto, el SNDIF implementó modelos de atención para la población vulnerable, en los que integró la atención gerontológica, la cual operó desde 1999 y se mantuvo vigente en 2014. Los programas de atención a la población de adultos mayores se describen a continuación:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES REALIZADOS POR EL SNDIF, 1999-2014		
Año	Programa	Población objetivo
1999-2007	Modelo de atención, Casa hogar para ancianos.	Personas mayores de 60 años en estado de desamparo, a los que se les ofrecer atención integral para mantener su integridad y autosuficiencia, así como su subsistencia para una vida digna.
2007-2014	Modelo “Atención integral al Adulto Mayor albergado en Casas Hogar y Centros Gerontológicos en el Sistema Nacional DIF”.	Personas mayores de 60 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad familiar o económica que los coloque parcial o totalmente en estado de abandono o desamparo.
2014	Modelo de Atención Gerontológica.	Personas mayores de 60 años, funcionales física y mentalmente que se encuentran en riesgo o desamparo y que ingresan de manera voluntaria a cualquiera de las modalidades de atención que se brindan en los Centros Gerontológicos y en las Casas Hogar.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información proporcionada por la SEP mediante el oficio 230 000 00/461/2015 del 29 de mayo de 2015.

El SNDIF implementó en el periodo 1999-2014 tres modelos de atención enfocados a la población vulnerable, en los que incluyó a las personas adultas mayores: el primer modelo se dirigió a proporcionar un hogar a los ancianos en desamparo; el segundo, a promover una atención integral a los adultos mayores atendidos en albergues o centros gerontológicos, y el tercero, a la implementación de un modelo de atención gerontológica.

Para la implementación de los modelos de atención, el SNDIF dispuso de cuatro unidades de atención: Centro Gerontológico "Arturo Mundet"; Centro Gerontológico "Vicente García Torres"; Casa hogar para ancianos "Los Tamayo", y Casa hogar para ancianos "Olga Tamayo", que brindan atención integral a personas adultas mayores, en las que se proporcionan servicios de: alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, psicológica, actividades de trabajo social, de autocuidado, físicas, recreativas, ocupacionales y culturales.

Durante el periodo 2003-2014, en conjunto las cuatro unidades de atención a cargo del SNDIF prestaron 753,591 servicios relacionados con la revaloración social de las personas adultas mayores, por medio de atención social, pláticas de orientación a la familia y terapia ocupacional, los cuales se muestran a continuación:

ACCIONES ENFOCADAS A LA REVALORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES REALIZAS POR EL SNDIF, 2003-2014														
Servicios	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	TMCA
Atención social	34,551	41,728	46,279	37,637	44,224	38,639	42,355	43,262	43,434	42,435	44,966	42,859	502,369	2.0
Pláticas de orientación a la familia	92	75	46	50	57	62	54	66	53	46	34	36	671	(8.2)
Terapia ocupacional	34,826	15,266	15,825	17,521	17,254	15,583	14,711	17,062	17,850	34,090	38,006	37,599	275,593	0.7
Total:	69,469	57,069	62,150	55,208	61,535	54,284	57,120	60,390	61,337	76,571	83,006	80,494	778,633	1.3

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información proporcionada por el SNDIF mediante el oficio DGIS 200 000 00/3413/2015 del 21 de agosto de 2015.

De 2003 a 2014, la mayor parte de los servicios prestados en materia de revaloración social fueron los relacionados con la atención social, al brindar 502,369 servicios de este tipo, lo que significó el 64.5% del total de los servicios prestados. Estos servicios consisten en brindar alternativas de atención a las necesidades socioafectivas y problemas de interacción social que manifiesta el adulto mayor para orientarlo en la búsqueda de soluciones y promover el establecimiento de redes de apoyo. Los servicios prestados sobre pláticas de orientación a la familia decrecieron en un promedio anual 8.2%, al pasar de 92 en 2003 a 36 en 2014.

En 2014, las cuatro unidades de atención con las que contó el SNDIF atendieron en conjunto a un total de 433 personas adultas mayores; sin embargo, no dispuso de la cuantificación de la población adulta mayor que requiere de su atención, por lo que no es posible determinar su cobertura de atención. El detalle se muestra a continuación:

PAM ATENDIDAS EN LAS UNIDADES DEL SNDIF, 2003-2014													
Unidad de atención	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Centro Gerontológico "Vicente García Torres"	177	180	178	175	181	180	175	173	161	169	166	166	
Centro Gerontológico "Arturo Mundet"	161	149	146	154	141	132	130	130	122	127	134	133	
Casa hogar para ancianos "Los Tamayo"	76	77	93	98	96	97	89	90	94	96	96	88	
Casa hogar para ancianos "Olga Tamayo"	57	59	62	57	55	49	48	48	48	53	49	46	
Total:	471	465	479	484	473	458	442	441	425	445	445	433	

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información proporcionada por el SNDIF mediante el oficio DGIS 200 000 00/3413/2015 del 21 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

Si bien el SNDIF implementó servicios para fomentar la revaloración social de las personas adultas mayores en sus unidades de atención, no dispuso de información para determinar la contribución de sus acciones para revalorar socialmente al adulto mayor.

Respecto de la SCT, la LDPAM le otorgó atribuciones para establecer convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores. Al respecto, la SCT informó mediante el oficio núm. 7.2.301.-567/2015 que entre 2002 y 2014 no realizó convenios de colaboración, programas o estrategias para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.

Para conocer los resultados en materia de la revaloración social de la población adulta mayor, la ASF analizó la información de distintos organismos públicos relacionados con el tema, con el fin de cuantificar su estado actual, como se presenta a continuación:

- Vulnerabilidad por pobreza

La situación de pobreza de los adultos mayores se presenta a continuación:

PORCENTAJE, NÚMERO DE PERSONAS Y CARENCIAS PROMEDIO POR INDICADOR DE POBREZA EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS O MÁS, 2010-2014									
Indicadores	Población de 65 años o más								
	Porcentaje			Millones de personas			Carencias promedio		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Pobreza									
Población en situación de pobreza	45.7	45.8	45.9	3.6	4.0	4.2	2.5	2.3	2.1
Población en situación de pobreza moderada	34.7	36.1	37.4	2.7	3.1	3.4	2.1	1.9	1.8
Población en situación de pobreza extrema	11.0	9.7	8.5	0.9	0.8	0.8	3.8	3.7	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	31.2	29.3	26.0	2.4	2.5	2.4	1.9	1.7	1.6
Población vulnerable por ingresos	5.5	5.9	7.7	0.4	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	17.6	19.0	20.4	1.4	1.6	1.8	0.0	0.0	0.0
Privación social									
Población con al menos una carencia social	76.9	75.1	71.9	6.0	6.5	6.5	2.3	2.1	2.0
Población con al menos tres carencias sociales	28.2	23.2	19.3	2.2	2.0	1.8	3.7	3.5	3.5
Indicadores de carencia social									
Rezago educativo	66.2	63.1	60.7	5.2	5.4	5.5	2.4	2.2	2.0
Carencia por acceso a los servicios de salud	22.8	15.7	13.1	1.8	1.4	1.2	3.2	3.1	2.9
Carencia por acceso a la seguridad social	28.8	26.5	17.2	2.2	2.3	1.6	3.1	2.8	2.8
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	10.4	8.2	7.7	0.8	0.7	0.7	3.9	3.6	3.4
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	23.7	22.3	21.8	1.8	1.9	2.0	3.4	3.2	2.9
Carencia por acceso a la alimentación	21.4	19.9	20.0	1.7	1.7	1.8	3.2	3.0	2.8
Bienestar									
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	19.1	21.5	21.2	1.5	1.9	1.9	2.8	2.4	2.2
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	51.2	51.8	53.6	4.0	4.5	4.9	2.2	2.0	1.8

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas, anexo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los hogares (MCS-ENIEG) 2010, 2012 y 2014.

De 2010 a 2014, el número de personas de 65 años y más^{120/} en situación de pobreza se incrementó en 16.7%, al pasar de 3.6 a 4.2 millones de personas; la pobreza extrema en este grupo de población disminuyó en 11.1%, al pasar de 0.9 a 0.8 millones de personas; la población con al menos una carencia social se incrementó en 8.3%, al pasar de 6.0 a 6.5 millones de personas, mientras que la población con al menos tres carencias disminuyó en 18.2%, al pasar de 2.2 a 1.8 millones de personas; la carencia social que afectó al mayor número de adultos mayores fue el rezago educativo, presente en 5.5 millones de personas en 2014, seguida por la carencia por acceso a los servicios básicos a la vivienda que afectó a 2.0 millones de personas; y, la población de 65 años y más con ingresos inferiores a la línea de bienestar se incrementó en 26.7%, al pasar de 1.5 millones de personas en 2010 a 1.9 en 2014.

La relación entre la pobreza y el adulto mayor parece estar mediada por el rol económico que éste juega en su hogar: el de único aportante, el de colaborador, o el de dependiente económico. El aporte del adulto mayor está intrínsecamente relacionado con el bienestar de sus hogares, y el hecho de que él sea dependiente o comparta el ingreso con otras generaciones indica que sus hogares son más vulnerables a la pobreza.^{121/}

- Vulnerabilidad por violencia

Hasta 2006, no existían datos específicos sobre la violencia y malos tratos que sufrían las personas adultas mayores en nuestro país; sin embargo, en ese año se aplicó la primera encuesta representativa sobre este tema en América Latina, denominada “Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF)”,^{122/} las personas encuestadas fueron aquellas con 60 años o más.

No obstante que esta encuesta únicamente fue aplicada en el Distrito Federal, de acuerdo con el CONAPO, si se extrapolan los resultados, se estima que en México más de un millón y medio de personas adultas mayores han sufrido algún tipo de violencia, maltrato o abuso,^{123/} como se muestra en la gráfica siguiente:

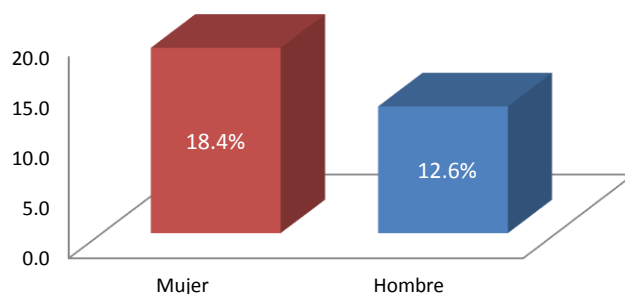
^{120/} Para la estimación de la pobreza de los adultos mayores el CONEVAL la registra a partir de 65 años y más.

^{121/} Gomes, Cristina, **Pobreza, familia y envejecimiento poblacional en México**, México 2014. p. 394.

^{122/} Consejo Nacional de Población y Vivienda, **Violencia hacia los adultos mayores**, disponible en: http://www-violenciaenlafamilia-conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_hacia_los_adultos_mayores , consultado el 4 de septiembre de 2015.

^{123/} Consejo Nacional de Población y Vivienda, **Violencia hacia los adultos mayores**, disponible en: http://www-violenciaenlafamilia-conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_hacia_los_adultos_mayores , consultado el 4 de septiembre de 2015.

PERSONAS ADULTAS MAYORES CON AL MENOS UN INCIDENTE DE MALTRATO, 2006
(Porcentaje)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en INAPAM, **Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal, 2006.**

El 31.0% de las personas adultas mayores reportó que había sufrido algún tipo de maltrato; el grupo de las mujeres fue el que sufrió el mayor índice de maltrato con el 18.4%, lo que significó 5.8 puntos porcentuales más que el registrado por los hombres de 12.6%.

En el documento “Perfil epidemiológico del adulto mayor en México”, realizado por la Secretaría de Salud en 2010, se señalaron los casos de violencia familiar en personas de 60 años o más identificando dos tipos principales, sexual y no sexual. La distribución por entidad federativa se muestra en el cuadro siguiente:

VIOLENCIA EN ADULTOS MAYORES POR TIPO SEXUAL Y NO SEXUAL POR SEXO, 2009										
Entidad Federativa	Mujeres				Hombres				Total	
	No sexual	Sexual	No sexual		No sexual	Sexual	No sexual		No sexual	sexual
	Por el cónyuge, novio o pareja		Por el hijo	Por otro pariente	Por el cónyuge, Novio o pareja		Por el hijo	Por otro pariente		
Total	1,146	136	350	270	58	12	62	123	2,009	148
México	190	20	69	14	2	n.d.	3	4	282	20
Querétaro	137	38	67	31	14	2	10	8	267	40
Guanajuato	61	2	16	31	2	n.d.	8	7	125	2
Chihuahua	52	16	17	28	4	n.d.	1	9	111	16
Oaxaca	46	5	9	14	6	n.d.	7	14	96	5
Tabasco	56	n.d.	9	7	1	n.d.	9	14	96	n.d.
Michoacán	49	3	11	18	n.d.	n.d.	n.d.	12	90	3
Baja California	52	8	16	9	n.d.	n.d.	4	n.d.	81	8
Distrito Federal	38	n.d.	14	13	5	n.d.	2	3	75	n.d.
Nuevo León	51	6	6	6	2	6	n.d.	n.d.	65	12
Jalisco	47	9	7	4	4	n.d.	n.d.	1	63	9
Zacatecas	35	1	7	17	1	n.d.	n.d.	2	62	1
Veracruz	12	2	14	13	9	n.d.	3	7	58	2
Colima	51	3	5	1	n.d.	1	n.d.	n.d.	57	4
Hidalgo	13	1	9	14	1	n.d.	5	10	52	1
Nayarit	41	n.d.	1	3	n.d.	n.d.	1	3	49	n.d.
Durango	41	6	1	n.d.	n.d.	n.d.	4	1	47	6
Campeche	8	n.d.	30	6	n.d.	n.d.	1	n.d.	45	n.d.
Tamaulipas	30	n.d.	2	5	n.d.	n.d.	1	n.d.	38	n.d.
Quintana Roo	22	4	8	3	1	n.d.	1	1	36	4
Coahuila	30	3	2	1	1	1	n.d.	n.d.	34	4
Yucatán	18	n.d.	10	3	n.d.	n.d.	1	1	33	n.d.
Guerrero	11	2	5	7	3	n.d.	n.d.	6	32	2
San Luis Potosí	15	n.d.	2	6	n.d.	2	n.d.	4	27	2
Chiapas	11	4	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6	20	4
Sonora	8	n.d.	3	6	1	n.d.	n.d.	1	19	n.d.
Puebla	5	n.d.	1	3	n.d.	n.d.	1	7	17	n.d.
Sinaloa	7	n.d.	4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	12	n.d.
Aguascalientes	1	n.d.	n.d.	5	1	n.d.	n.d.	n.d.	7	n.d.
Morelos	4	1	2	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7	1
Baja California Sur	4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	5	n.d.
Tlaxcala	n.d.	2	n.d.	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	2

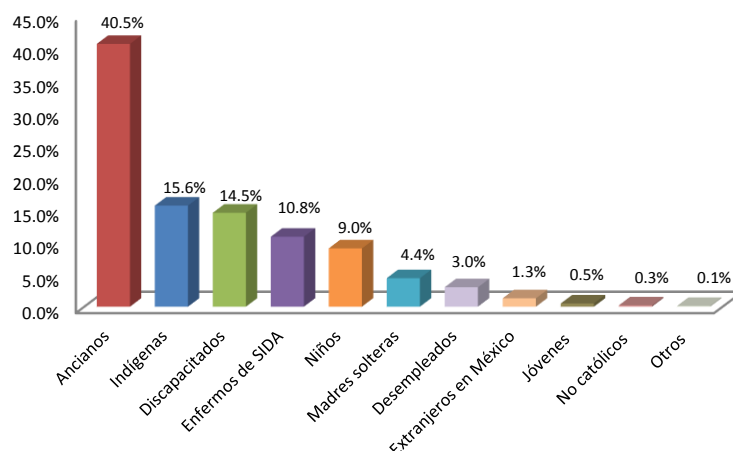
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Secretaría de Salud, **Perfil epidemiológico del adulto mayor en México, 2010**.
 n.d.: no disponible.

La violencia no sexual que sufren las personas adultas mayores es la de mayor prevalencia con 2,009 casos y si bien la violencia sexual presenta cifras relativamente bajas, la existencia de este tipo de violencia da muestra de la magnitud que puede alcanzar esta problemática.

- Discriminación

Los datos de la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, realizada en 2005 por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), muestran que las personas adultas mayores son uno de los grupos más desprotegidos, como se muestra en la gráfica siguiente:

PORCENTAJE DE PERSONAS CONSIDERADAS COMO GRUPOS DESPROTEGIDOS, 2005
 (Porcentajes)



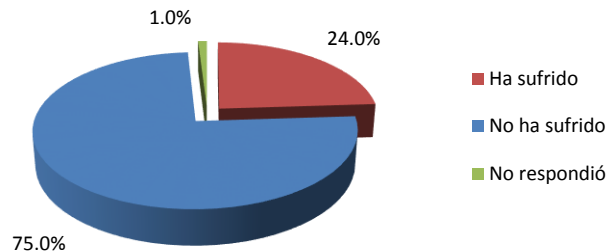
FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **Primera encuesta nacional sobre discriminación en México**, abril de 2005.

El 40.5% de los encuestados opinó que el grupo más desprotegido o propenso a ser tratado de manera diferente es el de las personas adultas mayores, seguido por el de los indígenas (15.6%) y las personas con discapacidad (14.5%), sectores que históricamente son más vulnerables y, por lo tanto, han sido considerados como más discriminados.

La exclusión social es una de las principales causas de la baja calidad de vida de los adultos mayores. En la Primera Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México, el 24.0% de las personas con 60 años o más, reportaron haber sufrido algún tipo de discriminación,^{124/} como se muestra en la gráfica siguiente:

^{124/} SEDESOL, **Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más**, México, 2010, p. 10.

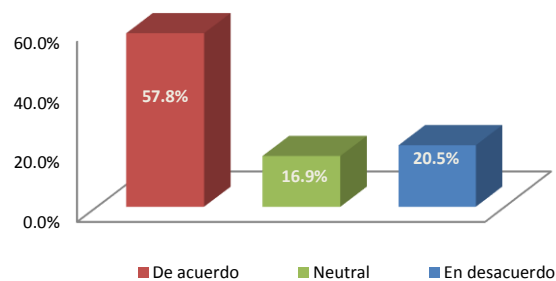
PERSONAS CON 60 AÑOS O MÁS QUE SEÑALAN HABER SUFRIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN, 2005
(PORCENTAJE)



FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **Primera encuesta nacional sobre discriminación en México**, abril de 2005.

En la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS 2010), las personas adultas mayores fueron el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación, ya que el 57.8% de los adultos mayores opinó que en México no se respetan sus derechos.

PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PIENSAN QUE NO SE RESPETAN SUS DERECHOS, 2010



FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS)**, 2010.

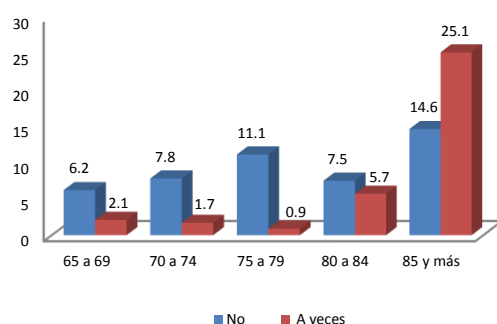
También, se observó la carencia de redes sociales y de asociaciones que brinden atención y apoyo a los adultos mayores para mantenerlos integrados a la vida comunitaria de una manera digna y motivadora. La incapacidad para realizar acciones de interés social como ir a votar; asistir a la iglesia, a fiestas y celebraciones comunitarias, o trabajar y sentirse productivo, disminuyen la autoestima del adulto mayor y lo excluyen de la vida en sociedad.

- Autoestima

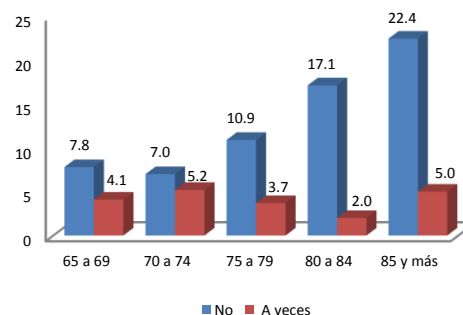
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la autoestima se ve disminuida conforme avanza la edad de las personas adultas mayores, ya que a mayor edad también una mayor proporción de individuos deja de percibirse como una persona valiosa, como se muestra en las gráficas siguientes:

AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, 2012
 (Porcentaje)

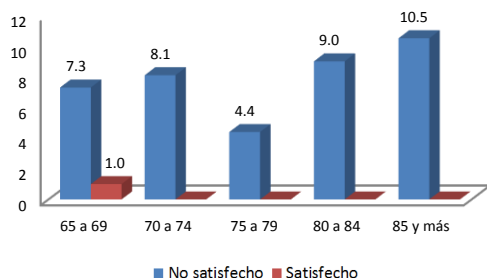
¿Se considera usted una persona valiosa? Adultos mayores con pensión o jubilación, 2012



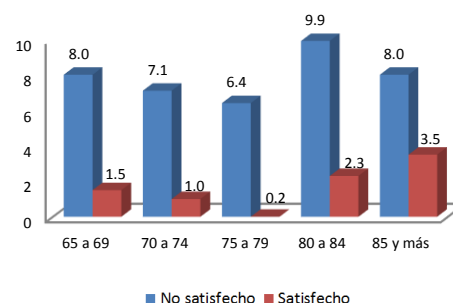
¿Se considera usted una persona valiosa? Adultos mayores sin pensión ni jubilación, 2012



¿Qué tan satisfecho está con usted mismo? Adultos mayores con pensión o jubilación, 2012



¿Qué tan satisfecho está con usted mismo? Adultos mayores sin pensión ni jubilación, 2012



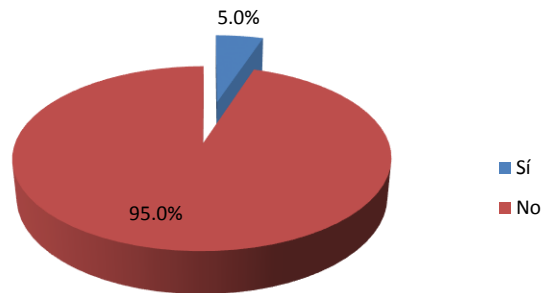
Fuente: Elaborado por la ASF con base en Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012.

En suma, la desvaloración social es un problema que afecta a las personas adultas mayores en todos los ámbitos sociales, perjudicando su concepción, convirtiendo los estigmas y prejuicios sociales que se tienen de ellos en problemas reales.

- Limitación en la participación en la vida pública

Según la Encuesta Nacional sobre Capital Social en el Medio Urbano (ENCASU) realizada por la Secretaría de Desarrollo Social con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en México (PNUD) en 2006, el 95.0% de los adultos mayores encuestados no participaron en actividades o asociaciones recreativas, debido a que piensan que no son tomados en cuenta,^{125/} como se muestra en la gráfica siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ACUDEN A UNA ASOCIACIÓN O GRUPO DE LA TERCERA EDAD, 2006.
(Porcentaje)



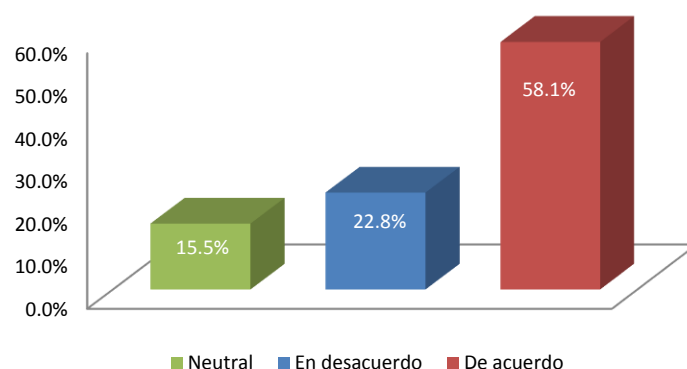
FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en **Encuesta de Capital Social en el Medio Urbano**, 2006.

Igualmente, sólo el 5.0% de los adultos mayores acude a una asociación o grupo de la tercera edad, y 56.4% de ellos lo hace solamente para elevar su autoestima.

En la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) aplicada en 2010 por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), se identificó que más de la mitad de las personas adultas mayores concuerda con que la sociedad no las ayuda porque no conocen sus problemas, como se muestra en la gráfica siguiente:

^{125/} SEDESOL, **Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más**, p. 9.

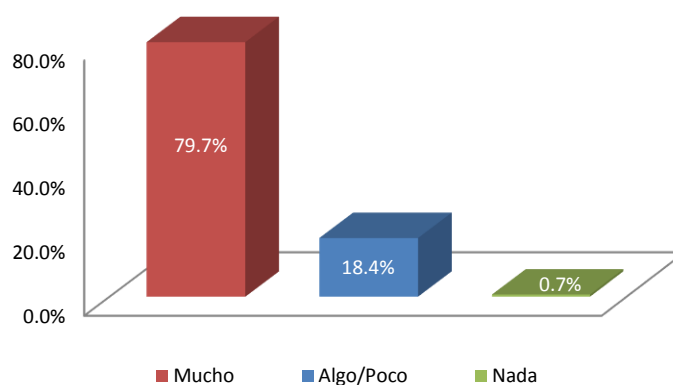
PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE CONSIDERAN QUE LA SOCIEDAD NO AYUDA A LOS ADULTOS MAYORES PORQUE NO CONOCE SUS PROBLEMAS, 2010



FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS)**, 2010.

Los resultados de la encuesta también mostraron que el entorno familiar sigue siendo para las personas adultas mayores el lugar de referencia, donde su rol también fue modificado en el momento en el que se dejó de ser jefe de familia y los hijos comenzaron a ser independientes y a tomar decisiones.

PERCEPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LAS DECISIONES FAMILIARES, 2010
 (Porcentaje)



FUENTE: Elaborado por la Auditoría Superior de la Federación con base en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, **Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis)**, 2010.

A pesar de que ocho de cada diez personas en el país consideraron que las opiniones de las personas adultas mayores deberían tomarse en cuenta en las decisiones familiares, la realidad dista de la opinión pública.

En síntesis, con el análisis de la información reportada por el INAPAM, la SEP, la SCT y el SNDIF, sobre las acciones implementadas por cada dependencia y entidad dirigidas a propiciar la revaloración social de la población adulta mayor, se observó la inexistencia de una estrategia integral, coordinada y con objetivos comunes, que permitan incorporar en el imaginario colectivo una percepción de aprecio, respeto y reconocimiento a la vejez.

Las acciones reportadas coinciden en una característica: la desarticulación. El INAPAM en 2014 proporcionó asesoría jurídica al 0.01% de los 1,175.9 afiliados a ese instituto, y no dispuso de información sobre el efecto de dichas asesorías en la resolución de sus problemas; asimismo, de 2006 a 2013, implementó ocho campañas de comunicación social para promover la protección de los derechos de la población adulta mayor, de ellos 3 tuvieron un alcance nacional y 5 en entidades federativas específicas; sin embargo, se careció de información sobre los objetivos de cada campaña, la penetración de los mensajes y el efecto en la conceptualización que tiene la sociedad sobre este grupo de población.

En el periodo analizado, la SEP únicamente realizó acciones a favor de la revaloración social de las personas adultas mayores en 2008, 2009 y 2011. En 2009 transmitió 29 programas de televisión sobre las experiencias de la vida de las personas adultas mayores, y en 2011 emitió 32 programas enfocados a dar asesoría a este grupo etario; en 2008 y 2011, en los programas de estudio de primaria y secundaria, se incluyeron los temas de derechos humanos y la no discriminación de grupos vulnerables; sin embargo, dichas acciones fueron aisladas y desarticuladas, y no se dispuso de información sobre el efecto en la conceptualización de la sociedad y en la adquisición de conocimientos en esta materia de los alumnos a los que se les impartieron los programas de estudio.

El SNDIF, desde 1999 implementó modelos de atención gerontológica para la población adulta mayor, mediante cuatro unidades de atención (dos centros gerontológicos y dos casa hogar), en los cuales se prestó atención social, pláticas de orientación familiar y terapia ocupacional a los adultos mayores; no obstante, la cobertura de las unidades es limitada, ya que en 2014 únicamente atendieron a 433 adultos mayores, respecto de los 11,669.4 miles de adultos mayores que existían en ese año.

A la SCT, la LDPAM le confirió la responsabilidad de establecer convenios con instituciones públicas y privadas para difusión de una cultura de aprecio y respeto a la población adulta mayor; sin embargo, a 2014 no acreditó haber cumplido con dicho mandato.

4.2. Atención del adulto mayor

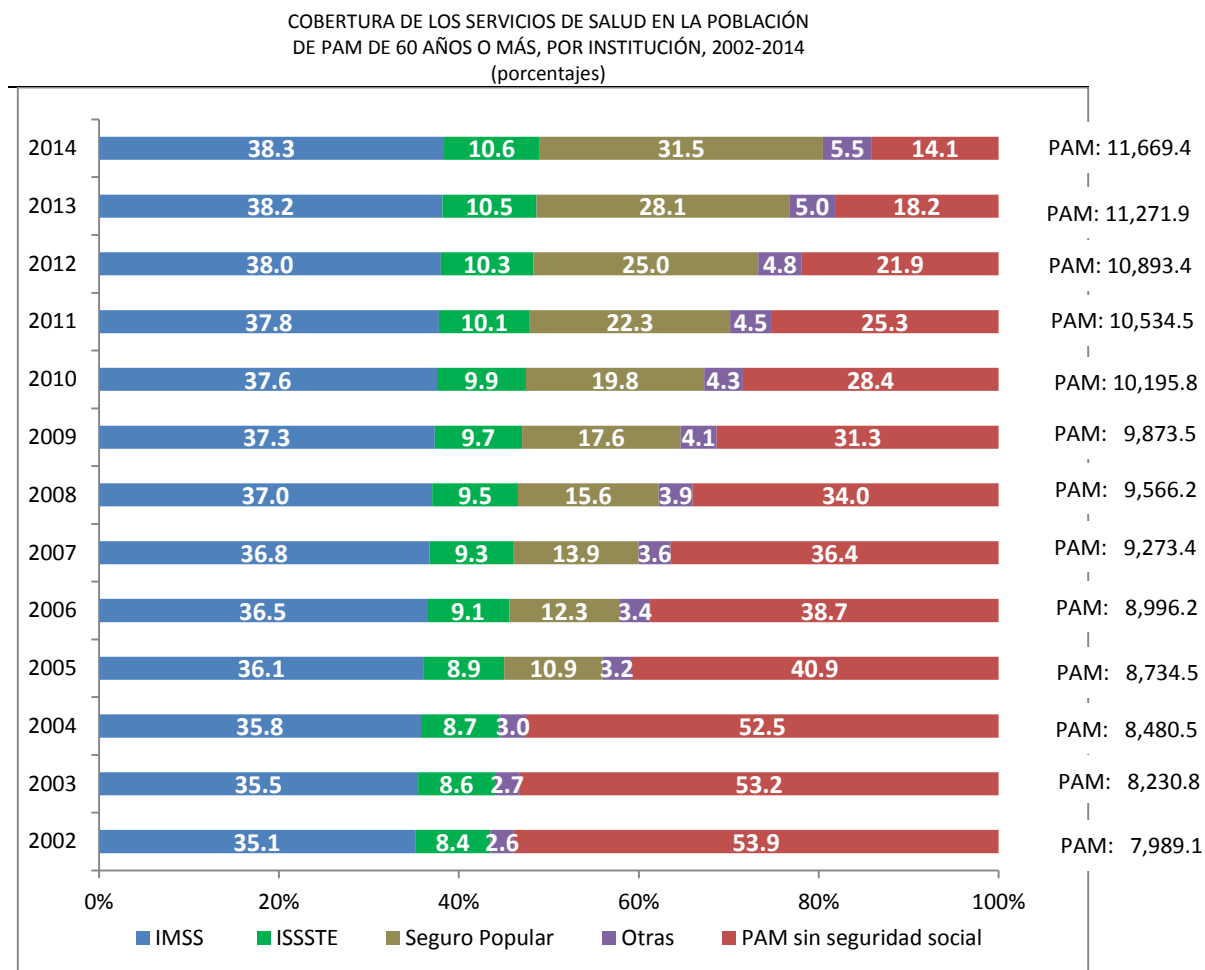
A continuación se presentan las acciones implementadas por el Gobierno Federal y los resultados obtenidos en los cinco componentes de la vertiente de atención del adulto mayor.

4.2.1. Prestación de los servicios de salud a las personas adultas mayores

Los servicios de salud se componen de dos aspectos: la capacidad de garantizar servicios de salud suficientes para todas las personas adultas mayores, y el nivel de calidad de éstos para atender los padecimientos propios de la edad avanzada.

Para proporcionar servicios de salud de calidad a la población adulta mayor, la LDPAM definió responsabilidades para las instituciones públicas del sector salud, entre las que destacan la SS, el IMSS y el ISSSTE, por la proporción de personas adultas mayores que atienden; asimismo, la ley instruyó al INAPAM para promover la coordinación entre dichas instituciones.

En lo que respecta a la cobertura de los servicios de salud de la población adulta mayor, por tipo de institución, la información es la siguiente:



FUENTE: Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el **Censo de Población y Vivienda**, 2000 y 2010 del INEGI;

Proyecciones de población del CONAPO, 1990-2010 y 2010-2050.

Nota: en el concepto de “otras”, se incluyeron los servicios otorgados por Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, e instituciones privadas.

PAM: Personas Adultas Mayores.

En el periodo 2002-2014, el IMSS fue la institución con más derechohabientes adultos mayores, respecto del total de adultos mayores, su cobertura para este grupo etario creció en 9.1%, al pasar de 35.1% (2,807.4 miles) a 38.3% (4,473.9 miles); seguido por el ISSSTE, cuya cobertura de afiliados de 60 años o más aumentó en 26.2%, al pasar de 8.4% (669.5 miles) a 10.6% (1,240.7 miles). Otras instituciones de salud, Servicios de Salud PEMEX, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), e instituciones privadas, registraron un aumento en su cobertura de atención a las personas de 60 años o más de 107.7%, al pasar de 2.6% (207.6 miles) a 5.4% (632.4 miles); no obstante, su nivel de protección fue significativamente menor en relación con el de las dos primeras instituciones. A partir de 2005 el Seguro Popular, implementado por la SS, incorporó a un número creciente de personas de 60

años o más; de 2005 a 2014 su cobertura aumentó en 189.0%, al pasar de una atención del 10.9% (955.1 miles) del total de adultos mayores a 31.5% (3,677.8 miles). Con la implementación del Seguro Popular, la cantidad de personas con 60 años o más que no tenían acceso a algún sistema de salud presentó una tendencia a la baja, con un decremento de 73.8%, al pasar de 53.9% (4,304.6 miles) a 14.1% (1,644.6 miles); sin embargo, se debe tomar en cuenta que sus servicios no incluyen la atención integral y especializada que requieren los padecimientos de ese grupo poblacional, que sí otorgan las otras instituciones de salud que forman parte del sistema de seguridad social.^{126/}

En el periodo 2002-2014, el aumento significativo de la cobertura de las personas adultas mayores afiliadas al Seguro Popular no fue paralelo al crecimiento de la cobertura en los sistemas de seguridad social tradicionales, ya que mientras la cobertura del Seguro Popular creció en promedio anual 12.5%, la del IMSS creció 4.0%, y la del ISSSTE 5.4%.

Lo anterior deriva en que, si bien se está avanzando en la cobertura de los servicios de salud para la población de 60 años o más, el mayor crecimiento se ha concentrado en el programa compensatorio denominado Seguro Popular.

El análisis de la cobertura en los servicios de salud, por cada una de las instituciones públicas que prestan estos servicios, se presenta a continuación:

^{126/} El Seguro Popular incluye 344 servicios de salud: 285 esenciales de salud, y que corresponden a los principales padecimientos diagnósticos y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios, y 59 de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento entre la población de todas las edades. Tales servicios se clasifican en siete grupos: 7 grupos: salud pública; intervenciones de consulta de medicina general, familiar y de especialidad; consulta de especialidad; intervenciones de odontología; intervenciones en urgencias; intervenciones de hospitalización, e intervenciones de cirugía general.

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS, IMSS, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)					
Año	PAM total (1)	Población general derechohabiente (2)	PAM derechohabientes (3)	Porcentaje de PAM derechohabientes respecto del total de afiliados (%) (4)=(3)/(2)	Porcentaje de PAM derechohabientes respecto del total de la población (%) (5)=(3)/(1)
2002	7,989.1	45,351.5	2,807.4	6.2	35.1
2003	8,230.8	41,519.1	2,918.6	7.0	35.5
2004	8,480.5	43,006.2	3,034.1	7.1	35.8
2005	8,734.5	44,531.7	3,154.3	7.1	36.1
2006	8,996.2	46,635.9	3,279.2	7.0	36.5
2007	9,273.4	48,650.5	3,409.0	7.0	36.8
2008	9,566.2	48,909.7	3,544.0	7.2	37.0
2009	9,873.5	49,134.3	3,684.4	7.5	37.3
2010	10,195.8	52,310.1	3,830.3	7.3	37.6
2011	10,534.5	54,906.4	3,981.9	7.3	37.8
2012	10,893.4	57,475.9	4,139.6	7.2	38.0
2013	11,271.9	59,512.0	4,303.5	7.2	38.2
2014	11,669.4	59,487.1	4,473.9	7.5	38.3
TMCA (%)	3.2	2.3	4.0	n.a	n.a
FUENTE:	Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el Censo de Población y Vivienda , 2000 y 2010 del INEGI, y Proyecciones de población del CONAPO , 1990-2010 y 2010-2050.				
PAM:	Personas Adultas Mayores.				
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.				
n.a.:	No se aplica.				

En el periodo 2002-2014, en el IMSS el número de derechohabientes adultos mayores creció en promedio anual 4.0%, al pasar de 2,807.4 miles a 4,473.9 miles; la proporción de adultos mayores en su padrón total de derechohabientes aumentó en 1.3 puntos porcentuales, al pasar de 6.2% a 7.5%, este dato es relevante, debido a que muestra una tendencia creciente de la proporción de adultos mayores, respecto del total de derechohabientes; el porcentaje de derechohabientes adultos mayores, respecto del total nacional de personas de 60 años o más permaneció constante, y sólo aumentó 3.2 puntos porcentuales, al pasar de 35.1% a 38.3%, lo que significa que el IMSS es la institución que históricamente ha atendido al mayor número de personas adultas mayores.

Respecto de la cobertura del ISSSTE, la información es la siguiente:

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS, ISSSTE, 2002-2014
 (Miles de personas y porcentajes)

Año	PAM total (1)	Población general derechohabiente (2)	PAM derechohabientes (3)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de afiliados (%) (4)=(3)/(2)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de las PAM (%) (5)=(3)/(1)
2002	7,989.1	6,016.5	669.5	11.1	8.4
2003	8,230.8	6,153.6	704.8	11.5	8.6
2004	8,480.5	6,293.8	742.0	11.8	8.7
2005	8,734.5	6,437.1	781.1	12.1	8.9
2006	8,996.2	6,583.8	822.3	12.5	9.1
2007	9,273.4	6,733.8	865.7	12.9	9.3
2008	9,566.2	6,887.2	911.4	13.2	9.5
2009	9,873.5	7,044.1	959.5	13.6	9.7
2010	10,195.8	7,204.5	1,010.1	14.0	9.9
2011	10,534.5	7,368.6	1,063.4	14.4	10.1
2012	10,893.4	7,536.5	1,119.5	14.9	10.3
2013	11,271.9	7,708.2	1,178.5	15.3	10.5
2014	11,669.4	7,883.8	1,240.7	15.7	10.6
TMCA (%)	3.2	2.3	5.3	n.a.	n.a.

FUENTE: Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el **Censo de Población y Vivienda**, 2000 y 2010 del INEGI, y **Proyecciones de población del CONAPO**, 1990-2010 y 2010-2050.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

n.a.: No se aplica.

De 2002 a 2014, el número de derechohabientes adultos mayores con 60 años o más en el ISSSTE creció en promedio anual 5.3%, al pasar de 669.5 miles a 1,240.7 miles; el porcentaje de personas adultas mayores afiliadas, respecto del total de derechohabientes, se elevó en 4.6 puntos porcentuales, al pasar de 11.1% a 15.7%, lo que significa que en este instituto el incremento de la proporción de población adulta mayor, respecto del total de los derechohabientes es mayor que en el IMSS; la cobertura de afiliación del ISSSTE, en relación con el total de personas adultas mayores en el país aumentó marginalmente 2.2 puntos porcentuales, al pasar de 8.4% a 10.6%.

En cuanto a la atención por medio del Seguro Popular, la información es la siguiente:

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS, SEGURO POPULAR, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)					
Año	PAM total (1)	Población general derechohabiente (2)	PAM derechohabientes (3)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de afiliados (%) (4)=(3)/(2)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de las PAM (%) (5)=(3)/(1)
2002	7,989.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2003	8,230.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2004	8,480.5	n.d.	n.d.	n.c.	n.c.
2005	8,734.5	11,404.9	955.1	8.4	10.9
2006	8,996.2	19,631.8	1,109.4	5.7	12.3
2007	9,273.4	21,925.6	1,288.7	5.9	13.9
2008	9,566.2	27,176.9	1,497.0	5.5	15.6
2009	9,873.5	31,132.9	1,738.9	5.6	17.6
2010	10,195.8	43,518.7	2,020.0	4.6	19.8
2011	10,534.5	51,823.3	2,346.4	4.5	22.3
2012	10,893.4	52,908.0	2,725.6	5.2	25.0
2013	11,271.9	55,637.0	3,166.1	5.7	28.1
2014	11,669.4	57,300.0	3,677.8	6.4	31.5
TMCA (%)	3.2	19.6	16.2	n.a.	n.a.

FUENTE: Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el **Censo de Población y Vivienda**, 2000 y 2010 del INEGI, el **Conteo de Población y Vivienda 2005**, y **Proyecciones de población del CONAPO**, 1990-2010 y 2010-2050. SS, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Informe de Resultados 2014**, México 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

n.a.: No se aplica.

n.d.: No disponible.

n.c.: No cuantificable.

La SS comenzó la implementación del Seguro Popular en el año de 2004; sin embargo, no acreditó la información de la población adulta mayor que ha atendido por medio de este programa. Con base en la información del Censo de Población y Vivienda 2005 y del Censo de Población y Vivienda 2010, la ASF realizó las estimaciones sobre la población adulta mayor de 60 años o más atendida mediante el Seguro Popular. De 2005 a 2014, el número de personas adultas mayores atendidas por el Seguro Popular aumentó en promedio anual 16.2%, al pasar de 955.1 miles a 3,677.8 miles; la proporción de adultos mayores, respecto del total de personas con este beneficio, no fue constante de 2005 a 2010, periodo en el que la proporción osciló entre 8.4% y 4.6%, respectivamente, pero a partir de 2011 se identificó un crecimiento constante similar al del IMSS y el ISSSTE, ya que de una proporción de 4.5% en 2011 pasó a una de 6.4%, lo que significó un incremento de 1.9 puntos porcentuales; mientras tanto su cobertura de afiliación, respecto de la población total de ese grupo etario, aumentó en 20.6 puntos porcentuales, al pasar de 10.9% a 31.5%.

Asimismo, existieron otras instituciones de seguridad social, PEMEX, el ISSFAM y las instituciones privadas, que cubrieron un porcentaje de la población de adultos mayores menos significativo que las anteriores. Los datos son los siguientes:

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS, PEMEX, ISSFAM Y PRIVADOS, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)					
Año	PAM total (1)	Población general derechohabiente (2)	PAM derechohabientes (3)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de afiliados (%) (4)=(3)/(2)	Porcentaje de PAM derechohabientes, respecto del total de las PAM (%) (5)=(3)/(1)
2002	7,989.1	2,469.8	207.6	8.4	2.6
2003	8,230.8	2,679.8	227.7	8.5	2.8
2004	8,480.5	2,907.8	249.9	8.6	2.9
2005	8,734.5	3,155.1	274.2	8.7	3.1
2006	8,996.2	3,423.4	300.9	8.8	3.3
2007	9,273.4	3,714.5	330.2	8.9	3.6
2008	9,566.2	4,030.5	362.3	9.0	3.8
2009	9,873.5	4,373.2	397.5	9.1	4.0
2010	10,195.8	4,745.2	436.2	9.2	4.3
2011	10,534.5	5,148.7	478.7	9.3	4.5
2012	10,893.4	5,586.6	525.2	9.4	4.8
2013	11,271.9	6,061.7	576.3	9.5	5.1
2014	11,669.4	6,577.3	632.4	9.6	5.4
TMCA (%)	3.2	8.5	9.7	n.a.	n.a.

FUENTE: Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el **Censo de Población y Vivienda**, 2000 y 2010 del INEGI, y **Proyecciones de población del CONAPO**, 1990-2010 y 2010-2050.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

n.a.: No se aplica.

En el periodo 2002-2014, el número de adultos mayores de 60 años o más derechohabientes de PEMEX, del ISSFAM y de las instituciones privadas aumentó en promedio anual en 9.7%, al pasar de 207.6 miles a 632.4 miles; la proporción de adultos mayores dentro del total de derechohabientes de estas instituciones aumentó 1.2 puntos porcentuales, al pasar de 8.4% a 9.6%, y se incrementó en 2.8 puntos porcentuales, al pasar de 2.6% a 5.4%.

Asimismo, la LDPAM le confiere al INAPAM la responsabilidad de promover la prestación de servicios geriátricos de calidad a la población adulta mayor. En función de ello, el INAPAM ha operado desde 2002 los centros de atención integral, en los que presta servicios de atención médica de primer nivel a los adultos mayores afiliados al instituto. Los servicios de salud que los afiliados pueden utilizar incluyen consultas médicas, generales y especializadas, y estudios

de laboratorio y gabinete. La cobertura de los servicios de salud del INAPAM se presenta en el cuadro siguiente:

COBERTURA DE LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS AFILIADAS Y BENEFICIADAS CON SERVICIOS DE SALUD, INAPAM, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)						
Año	Total de PAM (1)	PAM afiliadas al INAPAM (2)	PAM sin afiliar (3)	PAM beneficiadas con servicios de salud (4)	Porcentaje de cobertura de las PAM afiliadas (%) (5)=(2)/(1)	Porcentaje de cobertura de las PAM beneficiadas con servicios de salud (%) (6)=(4)/(1)
2002	7,989.1	n.d.	n.a.	47.3	n.c.	0.6
2003	8,230.8	618.2	7,612.5	42.2	7.5	0.5
2004	8,480.5	968.2	7,512.3	41.7	11.4	0.5
2005	8,734.5	1,303.6	7,431.0	40.9	14.9	0.5
2006	8,996.2	986.4	8,009.8	43.7	11.0	0.5
2007	9,273.4	730.0	8,543.4	40.9	7.9	0.4
2008	9,566.2	1,141.9	8,424.4	39.8	11.9	0.4
2009	9,873.5	1,141.4	8,732.1	38.3	11.6	0.4
2010	10,195.8	994.2	9,201.6	36.5	9.8	0.4
2011	10,534.5	1,154.3	9,380.1	35.4	11.0	0.3
2012	10,893.4	1,080.7	9,812.7	35.5	9.9	0.3
2013	11,271.9	1,182.1	10,089.8	35.5	10.5	0.3
2014	11,669.4	1,175.9	10,493.6	31.5	10.1	0.3
TMCA (%)	3.2	6.0	3.0	(3.3)	n.a.	n.a.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en las **Proyecciones de población del CONAPO**, 1990-2010 y 2010-2050 e Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

n.a.: No se aplica.

n.d.: No disponible.

n.c.: No cuantificable.

De 2003 a 2014 la cobertura de afiliación, respecto del total de adultos mayores, aumentó en 2.6 puntos porcentuales, al pasar de 7.5% (618.2 miles) a 10.1% (1,175.9 miles); con esa cobertura de afiliación, el porcentaje de las personas adultas mayores que recibieron algún servicio médico en el INAPAM fue mínimo, en relación con el total de esa población; además de que en el periodo evaluado, su cobertura por servicios de salud ha decrecido en 0.3 puntos porcentuales, al pasar de 0.6% en 2002 (47.3 miles) a 0.3% en 2014 (31.5 miles).

La LDPAM mandata de forma general que las instituciones públicas del sector salud deberán implementar programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades, además de proporcionar atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

Al respecto, la SS reportó haber realizado acciones de atención especializada para la salud de los adultos mayores dirigidas a la detección oportuna de padecimientos comunes en ese grupo

poblacional, como son la depresión, la alteración de la memoria, la incontinencia urinaria y el síndrome de caídas. En el periodo 2002-2014, las acciones de prevención, por tipo de padecimiento, reportadas por la SS, fueron las siguientes:

ACCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PARA LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS, POR TIPO DE PADECIMIENTO, A CARGO DE LA SS, 2002-2014 (Miles de acciones y porcentajes)				
Año	Depresión	Alteración de la memoria	Incontinencia urinaria	Síndrome de caídas
2002	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2003	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2004	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2005	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2006	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2007	402.0	258.2	n.a.	n.a.
2008	634.6	448.0	n.a.	n.a.
2009	809.5	573.1	n.a.	n.a.
2010	1,019.9	640.0	n.a.	n.a.
2011	1,006.3	780.6	n.a.	n.a.
2012	1,197.5	943.6	n.a.	n.a.
2013	1,234.5	932.0	56.0	57.0
2014	1,429.7	1,103.2	487.3	489.0
TMCA (%)	19.9	23.1	n.c.	n.c.
FUENTE: Información proporcionada por la SS con el oficio SPPS-DO-2744-2015 del 20 de agosto de 2015.				
TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.				
n.a.: No se aplica.				
n.c.: No cuantificable.				

Si bien la SS reportó haber realizado acciones para la detección, en los adultos mayores de 60 años o más, de depresión, alteración de la memoria, incontinencia urinaria y síndrome de caídas, las información reportada carece de un contexto y un referente, ya que no dispuso de un programa de trabajo en el que definiera las acciones que se debían implementar; no definió a las unidades médicas responsables que debían realizarlas, no definió metas e indicadores para evaluar su implementación de las acciones, ni el efecto de las mismas en las condiciones de salud de la población atendida.

Asimismo, para las acciones reportadas no se especificó la unidad médica a la que corresponden, ni la entidad federativa.

En lo que respecta a la prestación de atención geriátrica, la SS contó con el Instituto Nacional de Geriatria (INGER), el cual inició operaciones en 2008, y en 2012 adquirió el carácter de instituto nacional. De acuerdo con su Manual de Organización Especifico, el INGER tiene la atribución de contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población que

envejece, mediante la investigación en salud, la formación de personal especializado y la atención médica para favorecer el envejecimiento saludable de la población.

En 2013, con la auditoría de desempeño realizada por la ASF al INGER,^{127/} se identificó que el instituto no prestó servicios de atención médica de alta especialidad al público usuario, debido a que no contó con las plazas de médicos para otorgarlas, ni la infraestructura y el equipamiento; no acreditó contar con un diagnóstico en el que señale la estructura orgánica, así como la infraestructura y el equipamiento necesarios para prestar servicios de atención médica especializada, y no formó especialistas médicos, al no contar con la infraestructura clínica y de atención a pacientes necesaria para otorgar cursos de especialidad de posgrado. En la única área en la que acreditó acciones fue en la de investigación, ya que de los 26 artículos científicos elaborados por el instituto, 20 fueron publicados en revistas indexadas de alto impacto.

Asimismo, la SS no acreditó la información sobre las áreas geriátricas en las unidades médicas en las que atiende a la población adulta mayor, por lo que los servicios que proporciona a este grupo de población son los mismos que otorga a los usuarios en general.

También, se identificó que pese a que la SS estableció en el Programa de acción: Atención al envejecimiento de los periodos 2001-2006, 2007-2012 y 2014-2018, indicadores y metas para medir los efectos de las acciones preventivas y de detección de enfermedades propias de los adultos mayores, no acreditó la información sobre sus resultados.

En lo que respecta al IMSS y al ISSSTE, conforme a la LDPAM, ambas instituciones deben proporcionar acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel. Al respecto, de 2002 a 2014, el IMSS y el ISSSTE atendieron a los adultos mayores, principalmente mediante consultas médicas generales, que son un servicio al que acuden derechohabientes de todas las edades; no obstante, el ISSSTE implementó acciones de atención especializada, para lo que contó con módulos gerontológicos a los que canalizó a los adultos mayores después de acudir a consulta general, a fin de que fueran valorados como pacientes que requerían atención especial por su

^{127/} ASF, Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2013, **Auditoría 199 “Operación del Instituto Nacional de Geriátrica”**, México, 2013.

condición etaria. Durante el periodo 2004-2014, el número de módulos gerontológicos de que dispone el ISSSTE evolucionó de la forma siguiente:

MÓDULOS GERONTOLÓGICOS DEL ISSSTE, 2004-2014 (Módulos y porcentaje)												
Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TMCA
Número de módulos	83	84	114	114	122	114	122	124	122	122	118	3.6
FUENTE:	Información proporcionada por el ISSSTE con el oficio 120.123.6/000454/2015/8 del 31 de agosto de 2015.											
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.											

De 2004 a 2014, la cantidad de módulos gerontológicos creció a una tasa anual de 3.6%, al pasar de 83 a 118 módulos. Los derechohabientes tuvieron atención por parte de gerontólogos, personal de enfermería, nutrición y psicología. De esta manera en los módulos se dieron consultas de gerontología, nutrición y psicología, enfocadas exclusivamente en los adultos mayores. La información de esas consultas es la siguiente:

CONSULTAS OTORGADAS EN LOS MÓDULOS GERONTOLÓGICOS DEL ISSSTE, 2009-2014 (Miles de consultas)													
Año	Gerontología				Nutrición				Psicología				Total
	1a. vez	Subs.	Total	% del total	1a. vez	Subs.	Total	% del total	1a. vez	Subs.	Total	% del total	
2009	69.4	244.9	314.4	84.8	16.6	21.8	38.4	10.4	7.9	10.0	17.9	4.8	370.7
2010	51.6	256.5	308.1	83.7	19.0	21.6	40.6	11.0	6.7	12.6	19.3	5.2	368.0
2011	49.9	268.8	318.7	81.9	20.9	27.4	48.2	12.4	7.9	14.1	22.1	5.7	389.0
2012	37.1	242.5	279.6	85.8	11.8	18.0	29.9	9.2	5.8	10.8	16.6	5.1	326.0
2013	35.7	262.7	298.4	85.3	14.2	20.6	34.8	9.9	6.4	10.1	16.5	4.7	349.7
2014	40.8	285.7	326.6	84.9	15.8	25.4	41.2	10.7	6.3	10.4	16.7	4.4	384.5
TMCA	(10.1)	3.1	0.8	n.a.	(1.0)	3.1	1.4	n.a.	(4.4)	0.8	(1.4)	n.a.	0.7
FUENTE:	Información proporcionada por el ISSSTE con el oficio 120.123.6/000454/2015/8 del 31 de agosto de 2015.												
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.												
1a. vez:	Consultas de primera vez.												
Subs.:	Consultas subsecuentes.												
n.a.:	No se aplica.												

De 2009 a 2014, en los módulos gerontológicos el número de consultas se ha mantenido constante, con un ligero incremento de 0.7% en promedio anual, al pasar de 370.6 a 384.5 miles de consultas; sin embargo, a pesar de que el ISSSTE implementó servicios de salud especializados para la atención de las personas adultas mayores, no identificó el número de sus beneficiarios, y tampoco contó con indicadores y metas con los cuales se pueda medir la calidad de los servicios y su efecto en la salud de los beneficiarios. Asimismo, la atención gerontológica no es sinónimo de la atención geriátrica, de acuerdo con la LDPAM, la geriatría es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas

mayores, y la gerontología se refiere al estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma. Ante esta precisión, ninguna de las instituciones públicas del sector salud proporcionó información sobre la atención geriátrica que se presta a la población adulta mayor. Lo anterior resulta preocupante, porque de manera general en el país existe una carencia de personal médico formado en geriatría, datos de la SEP señalan que de 2002 a 2014 sólo se formaron 454 profesionistas en geriatría, lo que implicó que en 2014 por cada geriatra existían 25.7 miles de adultos mayores.^{128/}

Uno de los factores del problema de los servicios de salud dirigidos a los adultos mayores es la prevalencia de enfermedades prevenibles como principales causas de fallecimientos y de mala salud, es por eso que las acciones implementadas por los actores de la política, tanto las preventivas como las de atención especializada, tendrían que modificar esa situación.

Debido a que la SS, el IMSS y el ISSSTE no disponen de indicadores para medir los resultados de la atención médica que se proporcionó a la población adulta mayor en su estado de salud, se analizaron los indicadores del periodo 2000-2014, de las principales causas de muerte entre este grupo de población, dentro del Sistema Nacional de Salud:

^{128/} Información proporcionada por la SEP con el oficio DGP/261/2015 del 20 de mayo de 2015.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES*, SS, 2000-2014
 (Miles de defunciones y porcentajes)

Posición	2000	2010	2014
1	Enfermedades del corazón 50.2 (29.8%)	Enfermedades del corazón 79.4 (31.1%)	Enfermedades del corazón 85.8 (32.3%) TMCA= 3.9%
2	Tumores malignos 29.2 (17.3%)	Diabetes mellitus 51.1 (20.0%)	Diabetes mellitus 54.0 (20.4%) TMCA= 4.9%
3	Diabetes mellitus 27.6 (16.4%)	Tumores malignos 38.7 (15.2%)	Tumores malignos 41.9 (15.8%) TMCA= 2.6%
4	Enfermedades cerebrovasculares 19.0 (11.3%)	Enfermedades cerebrovasculares 24.7 (9.7%)	Enfermedades cerebrovasculares 23.7 (8.9%) TMCA=1.6%
5	Enfermedades pulmonares 9.6 (5.7%)	Enfermedades pulmonares 17.6 (6.9%)	Enfermedades pulmonares 16.0 (6.0%) TMCA= 3.7%
6	Enfermedades del hígado 8.5 (5.1%)	Enfermedades del hígado 12.5 (4.9%)	Enfermedades del hígado 13.2 (5.0%) TMCA= 3.2%
7	Neumonía e influenza 6.8 (4.0%)	Neumonía e influenza 10.0 (3.9%)	Neumonía e influenza 10.0 (3.8%) TMCA= 2.8%
8	Desnutrición y otras deficiencias 6.3 (3.7%)	Accidentes 7.5 (2.9%)	Accidentes 8.3 (3.1%) TMCA= 2.2%
9	Accidentes 6.1 (3.6%)	Insuficiencia renal 7.1 (2.8%)	Insuficiencia renal 7.0 (2.6%) TMCA= 2.4
10	Insuficiencia renal 5.0 (3.0%)	Desnutrición y otras deficiencias 6.7 (2.6%)	Desnutrición y otras deficiencias 5.4 (2.0%) TMCA (1.1%)

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en INEGI, **Bases de datos de defunciones del periodo 2000-2014.**

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

* Personas de 65 años y más.

En el periodo 2000-2014, las principales causas de muerte entre las personas adultas mayores permanecieron constantes; sin embargo, la proporción y el número de sujetos fallecidos a causa de éstas se incrementó.

En 2000, el primer lugar lo ocuparon las enfermedades del corazón, con el 29.8% de las defunciones, 50.2 miles de muertes; esta situación permaneció en 2010, con el 31.1%, 79.4 miles, y en 2014, con el 32.3%, 85.8 miles; esto significó que la proporción de adultos mayores que murió por enfermedades del corazón aumentó en 2.5 puntos porcentuales, con un crecimiento promedio anual de 3.9%.

La segunda causa de muerte ha sido la diabetes mellitus, ya que en 2000 el 16.4% de los fallecimientos (27.6 miles) fueron a causa de ella; en 2010, el 20.0%, 51.1 miles, y en 2014, el 20.3%, 54.0 miles; esto indicó que la proporción de fallecimientos por este padecimiento aumentó en 3.9 puntos porcentuales, con una tasa de crecimiento anual de 4.9%.

Como se observa, la principal causa de mortalidad en las personas adultas mayores son las enfermedades del corazón, que si bien tienen una patogénesis relacionada con el envejecimiento de la persona, los riesgos de padecer este tipo de enfermedades se incrementan en personas con malos hábitos saludables; asimismo, la diabetes, que puede ser prevenida y controlada, fue la segunda causa de muerte en los adultos mayores.

En los registros de los servicios de salud del IMSS, se identificaron las principales causas de muerte siguientes entre las personas adultas mayores:

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES* EN EL IMSS, 2002, 2010 Y 2014
 (Miles de defunciones y porcentaje)

Posición	2002	2010	2014
1	Enfermedades cardiovasculares 16.2 (33.1%)	Enfermedades cardiovasculares 20.9 (30.8%)	Enfermedades cardiovasculares 22.7 (30.7%) TMCA=2.9%
2	Diabetes mellitus 9.8 (20.0%)	Diabetes mellitus 13.3 (19.6%)	Diabetes mellitus 12.9 (17.5%) TMCA=2.3%
3	Tumores malignos 7.8 (15.9%)	Tumores malignos 9.1 (13.4%)	Tumores malignos 9.3 (12.6%) TMCA=1.5%
4	Enfermedades digestivas 5.8 (11.8%)	Enfermedades digestivas 8.1 (11.9%)	Enfermedades digestivas 9.3 (12.6%) TMCA=4.0%
5	Enfermedades respiratorias 4.4 (9.0%)	Enfermedades respiratorias 5.9 (8.7%)	Enfermedades respiratorias 5.8 (7.8%) TMCA=2.3%
6	Infecciones respiratorias 1.7 (3.5%)	Infecciones respiratorias 3.7 (5.5%)	Infecciones respiratorias 5.3 (7.2%) TMCA=9.9%
7	Enfermedades del sistema genito- urinario 1.6 (3.3%)	Enfermedades del sistema genito- urinario 2.7 (4.0%)	Enfermedades del sistema genito- urinario 4.0 (5.4%) TMCA=7.9%
8	Accidentes 1.3 (2.7%)	Enfermedades infecciosas y parasitarias 1.6 (2.4%)	Enfermedades infecciosas y parasitarias 2.0 (2.7%) TMCA=5.1%
9	Enfermedades infecciosas y parasitarias 1.1 (2.2%)	Accidentes 1.6 (2.4%)	Accidentes 1.8 (2.4%) TMCA= n.a.
10	Deficiencias de la nutrición 0.6 (1.1%)	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso 0.7 (1.1%)	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso 0.8 (1.1%) TMCA= n.a.

FUENTE: Información proporcionada por el IMSS con el oficio 09528061 4B30/1437 del 31 de agosto de 2015.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

* Personas de 65 años o más.

n.a.: No aplica.

La información del IMSS es congruente con los indicadores nacionales, ya que en el periodo 2002-2014 los adultos mayores derechohabientes de ese instituto fallecieron principalmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer. De ese modo, en el periodo mencionado, las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar de la lista de afecciones mortales, cuya ocurrencia aumentó en promedio anual 2.9%, al pasar de 16.2 a 22.7 miles de casos; en segundo lugar se encontró la diabetes mellitus, cuyos casos aumentaron en promedio anual 2.3%, al pasar de 9.8 a 12.9 miles, y como tercera causa, estuvieron los tumores malignos, cuya prevalencia aumentó en promedio anual 1.5%, al pasar de 7.8 a 9.3 miles de decesos.

Los indicadores del ISSSTE presentan algunas variaciones importantes, respecto de lo ocurrido en el ámbito nacional y el IMSS, como se observa a continuación:

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES* EN EL ISSSTE, 2002, 2010 Y 2013
 (Miles de defunciones y porcentaje)

Posición	2002	2010	2013
1	Diabetes mellitus 6.6 (22.9%)	Insuficiencia renal 8.2 (21.9%)	Insuficiencia renal 6.9 (18.6%) TMCA=4.9%
2	Insuficiencia renal 3.9 (13.7%)	Diabetes mellitus 7.1 (18.9%)	Diabetes mellitus 6.3 (16.9%) TMCA= (0.4%)
3	Cataratas 2.8 (9.7%)	Colelitiasis y colecistitis 3.5 (9.3%)	Fractura del fémur 4.0 (10.8%) TMCA=4.7%
4	Personas en contacto con los servicios de salud 2.8 (9.7%)	Fractura del fémur 3.5 (9.3%)	Colelitiasis y colecistitis 3.9 (10.5%) TMCA=4.5%
5	Enfermedades del corazón 2.4 (8.3%)	Enfermedades del corazón 3.3 (8.8%)	Enfermedades del corazón 3.4 (9.2%) TMCA=2.9%
6	Colelitiasis y colecistitis 2.3 (8.0%)	Neumonía 2.8 (7.4%)	Neumonía 3.0 (8.1%) TMCA=4.3%
7	Fractura del fémur 2.3 (8.0 %)	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 2.6 (6.9%)	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 2.8 (7.5%) TMCA=2.4%
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 2.1 (7.3%)	Enfermedades cerebrovasculares 2.2 (5.9%)	Hiperplasia de la próstata 2.3 (6.2%) TMCA=2.1%
9	Neumonía 1.8 (6.3%)	Hiperplasia de la próstata 2.2 (5.9%)	Artrosis 2.3 (6.2%) TMCA= n.a.
10	Hiperplasia de la próstata 1.8 (6.3%)	Artrosis 2.2 (5.9%)	Otras enfermedades del sistema digestivo 2.2 (5.9%) TMCA= n.a.

FUENTE: Información proporcionada por el ISSSTE con el oficio 120.123.6/000454/2015/8 del 31 de agosto de 2015.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

* Personas de 65 años o más.

En el ISSSTE, las enfermedades del corazón o cardiovasculares no son la primera causa de muerte, este lugar lo ocupó la insuficiencia renal, ya que entre 2002 y 2013 el número de casos creció en promedio anual 4.9%, al pasar de 3.9 a 6.9 miles; la segunda causa de muerte fue la diabetes mellitus, cuya incidencia mortal decreció en promedio anual 0.4%, al pasar de 6.6 miles a 6.3 miles de casos; si bien la diabetes mellitus, al igual que en el ámbito nacional y en el IMSS, representó la segunda causa de muerte, en el ISSSTE se observó una disminución en su ocurrencia de 2.0 puntos porcentuales entre 2010 (18.9%) y 2014 (16.9%); sin embargo, la inexistencia de indicadores sobre las acciones de salud que este instituto proporcionó a la población adulta mayor impide afirmar que esta mejoría sea atribuible a dichas acciones.

En síntesis, de 2002 a 2014 la cobertura de atención de los servicios de salud para la población adulta mayor presentó un incremento de 86.3%, al pasar de beneficiar al 46.1% de los adultos mayores al 85.9%, dicho incremento no se correspondió con la calidad de los servicios proporcionados, ni con la implementación de una estrategia nacional dirigida a que el Sistema Nacional de Salud en su conjunto tuviera la capacidad de prestar servicios especializados para atender las necesidades específicas de este grupo de población.

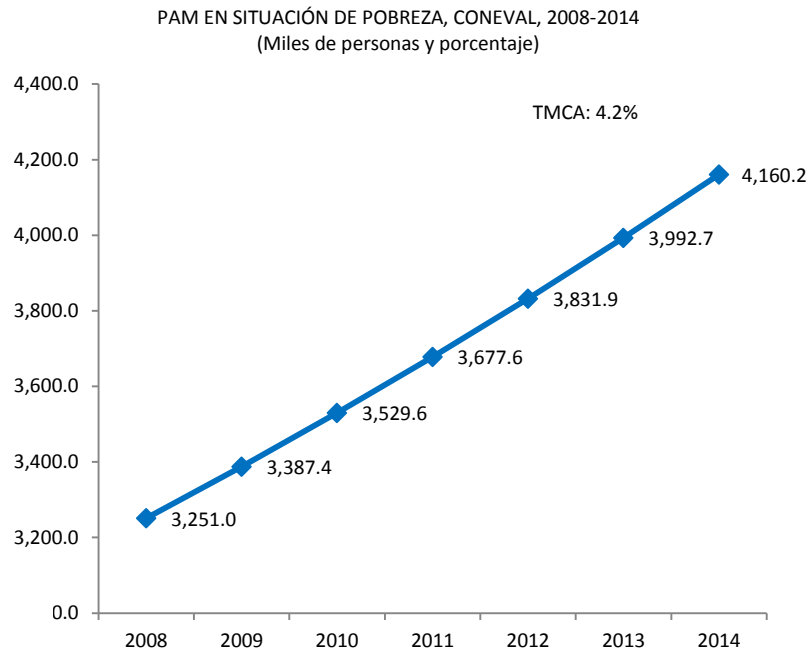
En el periodo analizado, la política de salud para la población adulta mayor fue la misma que para la población en general, y contó con objetivos sobre lograr la cobertura universal, que si bien es una necesidad apremiante, no es menos importante que la calidad de los servicios brindados a los beneficiarios. Prueba de lo anterior es que el mayor incremento en la cobertura se presentó en el Seguro Popular, que pasó de atender a 955.1 miles de adultos mayores en 2005 a 3,677.8 miles en 2014, lo que significó un incremento de 285.1%, y que en 2014 representó el 31.5% de los adultos mayores que existían en el país, estos datos son relevantes si se considera que, a diferencia de las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE), el Seguro Popular no proporciona servicios integrales de atención en la salud a los beneficiarios; asimismo, si bien tanto el IMSS como el ISSSTE implementaron acciones integrales de atención, ninguno ofrece servicios especializados de geriatría, y el INGER, a cargo de la SS, a partir de 2012 adquirió, entre otras funciones, la de proporcionar servicios de atención geriátrica a la población; sin embargo, a 2014 aún no había prestado dicho servicio.

Lo anterior refleja la inexistencia de una política de salud específica para adultos mayores, éstos son atendidos bajo los mismos esquemas que el resto de la población, y pese a que no se dispone de indicadores para medir el efecto en su salud, el hecho de que las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus) no presenten una disminución en su incidencia desde 2002, denota que los servicios de salud no han logrado disminuir las causas de estos padecimientos.

4.2.2. Garantía de la seguridad económica de los adultos mayores

El problema de la seguridad económica se relaciona con el riesgo de que las personas adultas mayores no dispongan de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas,

principalmente aquellos que no tienen acceso a una pensión de tipo contributivo. De 2008 a 2014, el número de personas adultas mayores en situación de pobreza creció en promedio anual 4.2%, como se presenta a continuación:



FUENTE: CONEVAL, **Módulo de Condiciones Socioeconómicas, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares**, 2008 y 2014.

PAM: Personas adultas mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

Nota: Para la estimación de la pobreza de los adultos mayores el CONEVAL considera sólo a las personas de 65 años o más.

Con el objetivo de atender este problema, la LDPAM define la obligación del Estado de garantizar a las personas adultas mayores los medios de subsistencia, por medio de la asistencia social. Para cumplir con dicho objetivo, la ley incluye la participación del INAPAM, la SEDESOL y la SCT.

De acuerdo con la LDPAM, el INAPAM tiene la atribución de expedir tarjetas de afiliación a cualquier persona de 60 años o más; al contar con la tarjeta del INAPAM, los adultos mayores pueden acceder a un paquete de beneficios, dentro de los cuales se encuentran los de tipo económico, consistentes en descuentos en los precios de bienes y servicios concertados con la

iniciativa pública y privada, aplicables en todo el territorio nacional. De 2008 a 2014, el número de convenios se incrementó en 842.6%, al pasar de 115 a 1,084 convenios.^{129/}

De ese modo, las personas adultas mayores afiliadas al INAPAM tienen la oportunidad de adquirir entre otros servicios, alimentos, medicamentos, consultas médicas privadas, ropa y pago de predial y agua, con precios especiales que les puede permitir un ahorro en sus gastos diarios.

La evolución de personas adultas mayores afiliadas al INAPAM respecto del total de adultos mayores, se presenta a continuación:

COBERTURA DE AFILIACIÓN INAPAM RESPECTO DEL TOTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS, 2002-2014 (Miles de afiliados y porcentaje)			
Año	Población de PAM (1)	PAM afiliadas INAPAM	
		Total (2)	(%) (3)=(2)/(1)
2002	7,989.1	n.d.	n.d.
2003	8,230.8	618.2	7.5
2004	8,480.5	968.2	11.4
2005	8,734.5	1,303.6	14.9
2006	8,996.2	986.4	11.0
2007	9,273.4	730.0	7.9
2008	9,566.2	1,141.9	11.9
2009	9,873.5	1,141.4	11.6
2010	10,195.8	994.2	9.8
2011	10,534.5	1,154.3	11.0
2012	10,893.4	1,080.7	9.9
2013	11,271.9	1,182.1	10.5
2014	11,669.4	1,175.9	10.1
TMCA (%)	3.2	6.0	2.7
FUENTE:	Proyecciones elaboradas por la ASF con base en el Censo de Población y Vivienda , 2000 y 2010 del INEGI e Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.		
PAM:	Personas Adultas Mayores.		
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.		
Nota:	El cálculo de la TMCA tomó como base el primer año del que se dispuso información.		
n.d.:	No disponible.		
n.a.:	No se aplica.		

De 2003 a 2014, el número de personas adultas mayores afiliadas no ha tenido un comportamiento constante; en 2003 existían 618.2 miles de afiliados, que representaban el

^{129/} Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

7.5% del total de adultos mayores; en 2005, se afiliaron 1,303.6 miles, el 14.9% del total de adultos mayores, y en 2014, existían 1,175.9 miles, el 10.1% del total de este grupo de población. Debido a que la tarjeta del instituto es un beneficio dirigido a la población en general de 60 años y más, no fue posible identificar a la población adulta mayor en situación de pobreza beneficiada con los descuentos que otorga la tarjeta.

Asimismo, el INAPAM no dispuso de una estrategia para identificar y afiliar, particularmente a la población adulta mayor en situación de pobreza, con el objeto de hacerle llegar los beneficios que proporciona la tarjeta del instituto.

En lo que respecta a la SEDESOL, ésta tiene la atribución de operar programas de desarrollo social con la finalidad de brindar oportunidades para alcanzar y mantener un nivel de vida con calidad y dignidad a los grupos vulnerables, dentro de los cuales se hallan las personas adultas mayores.^{130/}

En 2003, la SEDESOL implementó el programa “Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales”, con el propósito de contribuir a que las personas de 60 años o más en localidades rurales con menos de 2,500 habitantes, de alta y muy alta marginación, logran superar las condiciones de pobreza alimentaria y mejoraran sus condiciones de vida.

En 2007, el Programa 70 y Más, sustituyó al de “Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales”, el cual sólo beneficiaba a los adultos mayores de 70 años o más. Además, la SEDESOL amplió gradualmente su cobertura, primero a localidades de 10 mil habitantes, posteriormente a localidades de hasta 30 mil habitantes, y a partir de 2012, a localidades de más de 30 mil habitantes, con el propósito de ampliar el número de beneficiarios.

En 2013, el programa 70 y más modificó su denominación por la de “Pensión para Adultos Mayores”, con el objetivo general de “contribuir a la reducción de la vulnerabilidad de la población Adulta Mayor de 65 años en adelante que no recibe ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión de tipo contributivo, mediante la entrega de apoyos económicos y de protección social”.

^{130/} Manual de Organización General de la Secretaría de Desarrollo Social.

La cobertura en el periodo de 2007 a 2014, del programa dirigido a otorgar subsidios a las personas adultas mayores fue la siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES BENEFICIADAS CON EL PROGRAMA PENSIÓN PARA ADULTOS MAYORES, SEDESOL ^{1/} , 2007-2014 (Miles de personas y porcentajes)			
Año	PAM en situación de pobreza ^{2/} (1)	PAM beneficiadas (2)	Cobertura (3)=(2)/(1)
2007	n.d.	1,031.0	n.a.
2008	3,251.0	1,863.9	57.3
2009	3,387.4	2,050.6	60.5
2010	3,529.6	2,105.3	59.6
2011	3,677.6	2,149.0	58.4
2012	3,831.9	3,056.8	79.8
2013	3,992.7	4,851.0	121.5
2014	4,160.2	5,487.7	131.9
TMCA (%)	4.2%	27.0%	14.9%

FUENTE: Proyecciones elaboradas por la ASF, con base en el **Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010 del INEGI**; **Proyecciones de población del CONAPO, 1990-2010 y 2010-2050**; Información proporcionada por la SEDESOL, con el oficio OM/DGPP/410/179015 del 25 de agosto de 2015, y CONEVAL, **Módulo de Condiciones Socioeconómicas, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008 y 2014**.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

Nota: El cálculo de la TMCA tomó como base el primer año del que se dispuso información.

n.d.: No disponible.

n.a.: No se aplica.

^{1/} El programa benefició de 2007 a 2012 a personas de 70 años o más, a partir de 2013 bajo la edad a 65 años o más.

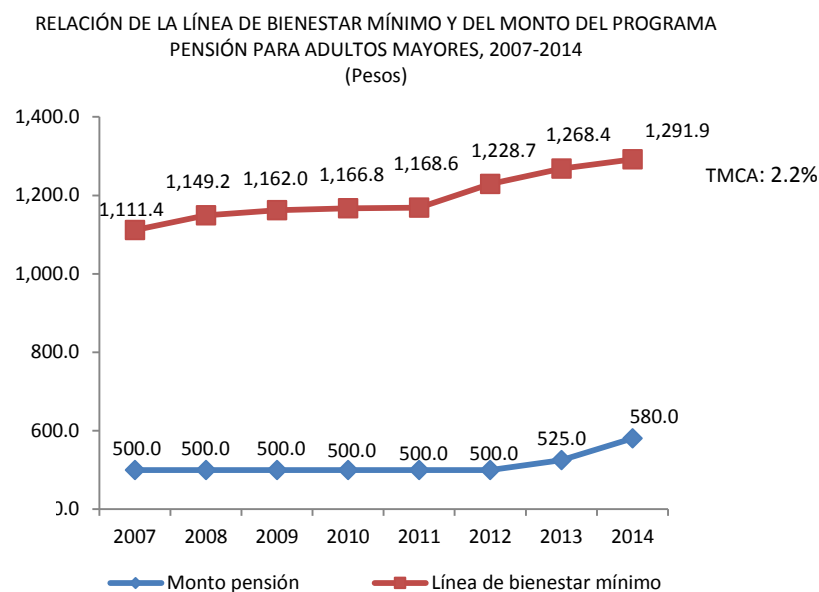
^{2/} Para la estimación de la pobreza de los adultos mayores el CONEVAL la registra a partir de 65 años o más.

La información disponible para ponderar la implementación de las acciones para la seguridad económica por parte de la SEDESOL tuvo como punto de partida el año 2007, cuando el programa se denominó “70 y más”, y abarcó hasta 2014, ya con la definición actual de “Pensión para Adultos Mayores”. De 2007 a 2014, el número de personas adultas mayores beneficiadas aumentó en promedio anual 27.0%, al pasar de 1,031.0 a 5,487.7 miles. En cuanto a la relación de la cobertura del programa, respecto del número de adultos mayores que se encontraban en situación de pobreza, hubo un incremento de 74.6 puntos porcentuales, al pasar de 57.3% a 131.9%, con lo que a partir de 2013 el padrón de beneficiarios fue mayor que la cantidad de personas adultas mayores en pobreza, esa relación se debe a que para ser beneficiario del programa no es un requisito encontrarse en esta condición. Paradójicamente, desde 2008, la

cantidad de personas adultas mayores que viven en condiciones de pobreza no ha disminuido, sino al contrario, ha aumentado cada año en promedio anual 4.2%.

En el periodo de 2007 a 2014 la cobertura del programa amplió significativamente su espectro de atención de la población general de adultos mayores sin pensión contributiva; sin embargo, en el subgrupo de esos individuos en pobreza, no se observó algún efecto directo en el incremento de la seguridad económica de las personas adultas mayores, ya que es un apoyo directo al ingreso, que no origina recursos para la autosustentabilidad del adulto mayor.

Para ponderar los resultados del apoyo económico que significa para los adultos mayores la pensión del programa de la SEDESOL, se observó la relación entre la evolución del monto otorgado y la línea de bienestar mínimo definida por el CONEVAL, y que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes, como se muestra a continuación:



FUENTE: CONEVAL, **Líneas de Bienestar México 1992 a 2015**, México 2015; información proporcionada por la SEDESOL con el oficio OM/DGPP/410/179015 del 25 de agosto de 2015.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

Nota: Cifras actualizadas a precios de 2014 con el deflactor implícito del PIB.

De 2007 a 2014, la línea de bienestar mínimo que indicaba la cantidad de dinero necesaria para que una persona pudiera adquirir los alimentos que necesitaba durante un mes, creció en promedio anual 2.2%, al pasar de 1,114.4 pesos a 1,291.9; mientras el monto otorgado a las personas adultas mayores, por la SEDESOL permaneció constante durante los primeros seis

años, en 500.0 pesos, y sólo creció a partir de 2013, y de esa forma alcanzó en 2014 un aumento de 80.0 pesos sobre el monto inicial. Así, en 2014, la pensión representó el 44.9% del total del monto necesario para que una persona cubriera sus necesidades alimentarias.

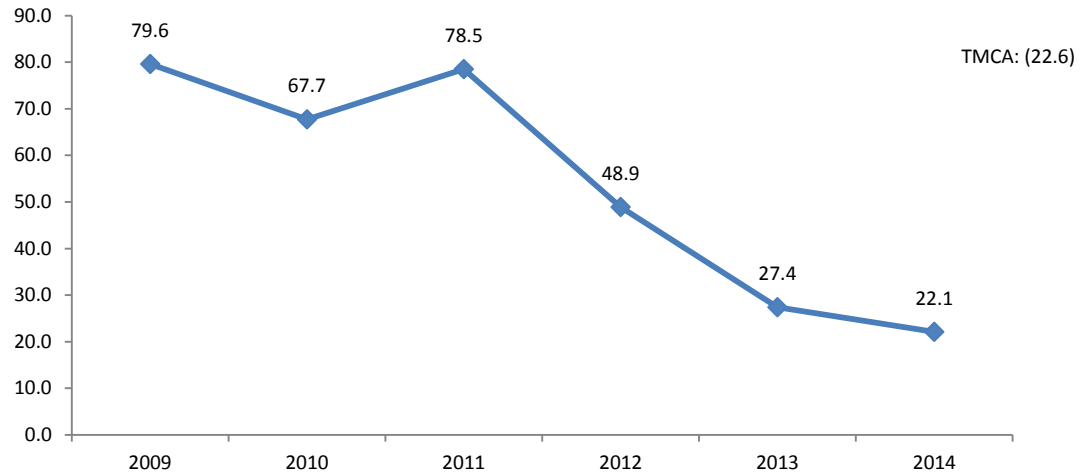
Asimismo, la SEDESOL no estableció indicadores y metas que permitieran medir la contribución del programa en el incremento de la seguridad económica de los adultos mayores beneficiados o en el cumplimiento del objetivo de asegurar un nivel de vida digno. Igualmente, no se identificaron mecanismos de coordinación para que los beneficiarios de la SEDESOL tuvieran acceso a los beneficios de la tarjeta del INAPAM.

A partir de 2002, la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades incluyó en el programa Oportunidades el apoyo para adultos mayores, el cual consistió el otorgamiento de manera bimestral de un apoyo monetario mensual a los integrantes de las familias beneficiarias del programa con una edad de 70 años o más, el cual fluctuó entre los 295.0 pesos en 2009 y 345.0 pesos en 2014.^{131/} El objetivo del programa fue contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiaria; posteriormente en 2014, el programa fue denominado “PROSPERA”. La entrega de ese apoyo es excluyente de los beneficiarios del programa de “Pensión para Adultos Mayores”.

Los resultados de la entrega del apoyo para adultos mayores del programa Oportunidades-PROSPERA en el periodo 2009-2014 fueron los siguientes:

^{131/} Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2014.

PAM BENEFICIADAS CON EL PROGRAMA OPORTUNIDADES-PROSPERA, SEDESOL, 2009-2014
 (Miles de personas y porcentajes)



FUENTE: Estimaciones a partir de la información proporcionada por la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades con los oficios DGAFP/595/2013 del 12 de noviembre de 2013, y DGAFP/714/2014 del 13 de agosto de 2014.
 TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.
 PAM: Personas Adultas Mayores.

De 2009 a 2014, el número de beneficiarios del programa Oportunidades-PROSPERA disminuyó en promedio anual 22.6%, al pasar de 79.6 miles de beneficiarios en 2009 a 22.1 miles, en 2014. Se infiere que este descenso se debe a que el monto de apoyos otorgados por este programa es menor que el otorgado por el programa Pensión para Adultos Mayores (en 2014 los 345.0 pesos otorgados por persona representaron el 59.5% de los 580.0 pesos otorgados por Pensión para Adultos Mayores), por lo que gradualmente los adultos mayores inscritos en Oportunidades-PROSPERA han migrado al otro programa.

En lo concerniente a la SCT, la LDPAM le confirió la responsabilidad de garantizar a los adultos mayores el derecho permanente a obtener descuentos o exenciones de pago al hacer uso del servicio de transporte de servicio público. Al respecto, la dependencia instituyó un acuerdo con las empresas de autotransportes de pasajeros para que otorgaran el 50.0% de descuento en el precio de los pasajes a las personas de 60 años o más que se encuentren afiliados al INAPAM y que al momento de solicitar los servicios presenten su tarjeta; sin embargo, ese descuento opera con ciertas restricciones: los descuentos se efectúan en las corridas normales; no pueden viajar disfrutando de tal beneficio más de dos personas adultas mayores por vehículo, y no se incluye el importe por el concepto de seguro de viajero.^{132/}

^{132/} Acuerdo por el que se autoriza la tarifa especial para ancianos afiliados al Instituto Nacional de la Senectud, publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 7 de enero de 1982. Dicho acuerdo permanece vigente en materia de seguridad económica, pese que desde 2002 la autoridad rectora de la política de los adultos mayores es el INAPAM.

Asimismo, la SCT no dispuso de los registros del número de boletos vendidos con el descuento referido, ni de estimaciones sobre el número de personas que utilizan el beneficio, por lo que desconoce la eficacia del subsidio. Al respecto, la dependencia argumentó que los transportistas no tienen la obligación de informarle de los descuentos que otorgan a los adultos mayores.^{133/} Igualmente, la secretaría careció de indicadores y metas para medir la eficacia de la implementación de los descuentos en las tarifas de transporte para las personas adultas mayores, como medida para contribuir al cuidado de su economía.

En síntesis, el INAPAM operó su tarjeta de afiliación, la cual incluyó descuentos económicos que podían utilizar sus beneficiarios, con éstas se facilitó la adquisición de algunos productos y servicios para la población de adultos mayores, pero sólo aquella que era afiliada al instituto, dejando fuera de su cobertura a la gran mayoría de sujetos de ese grupo etario, ya que la cobertura de afiliación del instituto además de ser inconstante durante el periodo evaluado, nunca fue de más del 14.9% (en 2005), y lo más preocupante fue que los datos del CONEVAL señalaron que el número de adultos mayores con un problema de seguridad más grave, por encontrarse en situación de pobreza, ha ido en aumento, en 2014 había 4,160.2 miles de ellos, y que frente a ello no se haya implementado alguna estrategia específica para asegurar que los beneficios económicos del INAPAM llegaran a los adultos mayores con mayor cantidad de carencias. En conjunción al INAPAM, la SCT estableció un acuerdo con las empresas autotransportistas para que se les diera un descuento de 50.0% sobre las tarifas de pasajes a las personas con tarjeta del instituto, pero no contó con un registro del uso de ese beneficio, por lo que no se pudo evaluar su efecto en la seguridad económica de ese grupo de la población.

De forma paralela, la SEDESOL dio apoyos económicos por medio de su programa de pensiones no contributivas, el cual ha tenido una evolución positiva respecto de su cobertura; sin embargo, no definió indicadores y metas que permitieran medir su efecto en ayudar a modificar la situación de pobreza en los adultos mayores, y que como se señaló, esta ha ido en aumento, por lo que si se toma como referente la línea básica de bienestar establecida por el CONEVAL, la cual comprende la cantidad de dinero necesaria para que una persona satisfaga sus necesidades alimentarias durante un mes, los montos otorgados por la SEDESOL a las personas adultas mayores resultan insuficientes.

^{133/} Información proporcionada por la SCT, mediante el oficio 42.-580/2015 del 25 de agosto de 2015.

4.2.3. Garantía de la vivienda-hogar para los adultos mayores

Al igual que cualquier persona, los adultos mayores requieren de una vivienda que les proporcione un medio ambiente adecuado y los servicios básicos necesarios que le permita alcanzar condiciones favorables para su desarrollo personal, familiar, social y económico.

Para garantizar el derecho a la vivienda, la LDPAM determinó que corresponde a las instituciones públicas de vivienda de interés social implementar las acciones necesarias, a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ésta.

Al respecto, la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI) tiene entre sus funciones las de promover oportunidades de acceso a la vivienda, preferentemente a la población que se encuentre en situación de pobreza, marginación o vulnerabilidad; coordinar, concertar y promover programas y acciones de vivienda y suelo con la participación de los sectores público, social y privado, y desarrollar, ejecutar y promover esquemas, mecanismos y programas de financiamiento, subsidio y ahorro previo para la vivienda.

A partir de 2007, la CONAVI implementó el Programa de Esquemas de Financiamiento y Subsidio Federal para la Vivienda, el cual tiene como objetivo general contribuir a que la población de bajos ingresos tenga acceso a una solución habitacional adecuada.

En el periodo 2007-2014, mediante ese programa, la CONAVI benefició a 40,752 personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS BENEFICIADAS POR EL PROGRAMA DE ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO Y SUBSIDIO FEDERAL LA PARA VIVIENDA, 2007-2014			
Año	Número de beneficiarios		Total
	Adquisición de vivienda	Remodelación de vivienda	
2007	50	1,963	2,013
2008	348	5,831	6,179
2009	374	2,792	3,166
2010	344	6,400	6,744
2011	232	4,668	4,900
2012	204	6,907	7,111
2013	121	2,675	2,796
2014	197	7,646	7,843
Total	1,870	38,882	40,752
TMCA	21.6	21.4	21.4

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en la información proporcionada por la CONAVI, mediante oficio QCW.40/225/2015 del 24 de agosto de 2015.

De las 40,752 personas adultas mayores beneficiadas, el 95.4% (38,882) empleó los subsidios para la remodelación de la vivienda que habitaba, y el 4.6% (1,870) lo utilizó para adquisición de vivienda. La cobertura de los apoyos otorgados por la CONAVI, respecto de la población adulta mayor que presentó carencia por calidad y espacios en la vivienda se presenta en el cuadro siguiente:

COBERTURA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES* EN MÉXICO CON CARENCIA DE VIVIENDA Y BENEFICIADAS POR LA CONAVI, 2007-2014 (Miles de personas)			
Año	PAM con carencias por calidad y espacios en la vivienda	PAM beneficiadas por la CONAVI	Porcentaje de cobertura
2007	n.d.	2.0	n.a.
2008	1,002.5	6.2	0.6
2009	943.2	3.2	0.3
2010	887.5	6.7	0.8
2011	835.0	4.9	0.6
2012	785.6	7.1	0.9
2013	739.2	2.8	0.4
2014	695.5	7.8	1.1
TMCA	(5.9)	21.5	n.c.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en **Módulo de Condiciones Socioeconómicas, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares**, CONEVAL 2008-2014 e información proporcionada por la CONAVI, mediante el oficio QCW.40/225/2015 del 24 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

n.a.: No se aplica.

n.d.: No disponible.

n.c.: No cuantificable.

Nota: El cálculo de la TMCA se realizó a partir del año en que se tuvo información hasta el último.

* La información del CONEVAL registró las carencias de vivienda de los adultos mayores de 65 años o más.

En el periodo 2007-2014, el otorgamiento de créditos creció en promedio anual 21.5%, al pasar de 2,013 adultos mayores beneficiados en 2007, a 7,843, en 2014; el otorgamiento de créditos por parte de la CONAVI representó en 2014 la atención del 1.1% de las 695,518 personas adultas mayores de 65 años o más con carencia por calidad y espacios en la vivienda.

Por la generalidad del programa, la CONAVI no cuenta con un presupuesto específico para la atención de las insuficiencias de vivienda de las personas adultas mayores, ya que la población objetivo de dicho programa no es particularmente ese grupo etario; por ello tampoco dispuso de indicadores y metas que permitieran medir cómo sus acciones contribuyeron a satisfacer las necesidades de vivienda de los adultos mayores.

En lo que respecta al ISSSTE, a partir de la promulgación de su nueva Ley en 2007, implementó un programa de crédito denominado “Pensiona2”, dirigido a los derechohabientes pensionados del ISSSTE de hasta 74 años 11 meses de edad, que en su etapa de servicio no ejercieron su derecho a un crédito hipotecario. Este programa otorga créditos que podrán ser destinados a la adquisición de vivienda nueva o usada, pero terminada.

El programa es de cobertura nacional, por lo que se puede obtener y formalizar en cualquier entidad federativa. Los montos están determinados con base en las tablas de montos máximos de crédito, las cuales toman como referencia la edad del pensionado y el monto de su pensión.

En el periodo 2007-2014, con el otorgamiento de créditos para vivienda del programa “Pensiona2” se benefició a 21,940 personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro siguiente:

CRÉDITOS PARA VIVIENDA OTORGADOS A PERSONAS ADULTAS MAYORES DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE, 2007-2014	
Año	Adultos mayores beneficiados
2007	664
2008	3,914
2009	2,712
2010	5,221
2011	4,469
2012	957
2013	2,092
2014	1,911
Total	21,940

FUENTE: elaborado por la ASF, con base en la información proporcionada por la CONAVI, mediante el oficio QCW.40/225/2015 del 24 de agosto de 2015.

Las personas adultas mayores beneficiadas con los créditos para vivienda otorgados por el FOVISSSTE mostró un comportamiento irregular, en 2007 benefició a 664 personas, en 2010 a 5,221 y en 2014 a 1,911; sin embargo, no es posible determinar la suficiencia de los créditos otorgados, debido a que no dispone de un diagnóstico sobre el déficit de vivienda que presentan sus afiliados adultos mayores; asimismo, no definió indicadores ni metas para medir la cobertura de los créditos otorgados, ni el efecto de sus acciones para garantizar que sus afiliados ejerzan su derecho a una vivienda digna.

Respecto del IMSS, que también ofreció dentro de sus prestaciones créditos para adquisición o remodelación de vivienda a sus derechohabientes, mediante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), en el periodo 2002-2014 no implementó estrategias ni acciones específicas para otorgar créditos a las personas adultas mayores, ya que éstos pueden acceder a los créditos bajo los mismo requisitos que todos los afiliados, pero no dispuso de registros sobre la población adulta mayor beneficiada.

Igualmente, la LDPAM determinó que le corresponde al SNDIF la implementación de programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo. En este contexto, el SNDIF dispuso de dos centros gerontológicos y dos casas-hogar para ancianos, que tienen el propósito de brindar una atención integral a los adultos mayores sujetos de asistencia social, por medio de servicios médicos, odontológicos, recreativos y culturales.

Las causas de ingreso a las unidades de atención, a cargo del SNDIF, pueden ser carencia de vivienda, escasos recursos económicos, rechazo familiar, soledad y protección temporal. Asimismo, estas unidades cuentan con el tipo de atención “modalidad de residencia por año”, en el que se atiende a las personas adultas mayores que ingresan por carencia de vivienda y por la falta de familiares que se hagan cargo de ellos.

En el periodo 2002-2014 el SNDIF en su modalidad de residencia por año, atendió a 4,799 personas de ese grupo poblacional, como se muestra en el cuadro siguiente:

PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS POR EL SNDIF EN LA MODALIDAD DE RESIDENCIA POR AÑO, 2002-2014															
UNIDAD	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	TMCA
Centro Gerontológico “Arturo Mundet”	132	136	137	136	135	135	145	142	136	133	142	137	135	1,781	0.2
Centro Gerontológico “Vicente García Torres”	135	128	126	129	132	132	125	121	119	114	127	135	130	1,653	(0.3)
Casa hogar para ancianos “Olga Tamayo”	58	63	60	63	59	59	59	54	57	56	55	57	55	755	(0.4)
Casa hogar para ancianos “Los Tamayo”	52	51	50	52	49	49	42	46	44	45	43	37	50	610	(0.3)
Total	377	378	373	380	375	375	371	363	356	348	367	366	370	4,799	(0.2)

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en la información proporcionada por el SNDIF, mediante el oficio número 230 000 00/461/2015 del 29 de mayo de 2015.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

En el periodo evaluado, la atención prestada a las personas adultas mayores por el SNDIF, mediante sus cuatro unidades, decreció en promedio anual 0.2%, al pasar de 377 adultos mayores atendidos en 2002 a 370 en 2014. Particularmente, el Centro Gerontológico “Arturo Mundet” es la única unidad que registró un incremento en su promedio anual de atención de 0.2%; sin embargo, no es posible determinar la cobertura de atención de los centros a cargo del SNDIF, debido a que no disponen de una cuantificación de la población adulta mayor que se encuentre en situación de desamparo o abandono; además de que no definió indicadores ni metas que permitan medir el efecto de sus acciones para garantizar a sus beneficiarios el derecho a una vivienda digna.

Asimismo, la LDPAM establece como responsabilidad del INAPAM crear un registro único obligatorio de todas las instituciones públicas y privadas de casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores. El instituto únicamente contó con la relación del número de unidades registradas que recabaron las delegaciones estatales en 2014, como se muestra en el cuadro siguiente:

REGISTRO DE CASAS HOGAR, ALBERGUES, RESIDENCIAS DE DÍA Y CENTROS
DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS,
2014

No.	Entidad federativa	Total de casas hogar, albergues, residencias y centros de atención
Total nacional		2,576
1	San Luis Potosí	720
2	Querétaro	206
3	Zacatecas	203
4	Jalisco	187
5	Sinaloa	180
6	Chiapas	132
7	Hidalgo	132
8	Colima	97
9	Tamaulipas	91
10	Oaxaca	82
11	Veracruz	82
12	Guanajuato	67
13	Morelos	60
14	Estado de México	59
15	Michoacán	48
16	Yucatán	45
17	Chihuahua	44
18	Durango	28
19	Sonora	25
20	Baja California	17
21	Quintana Roo	16
22	Guerrero	14
23	Aguascalientes	12
24	Coahuila	10
25	Nayarit	10
26	Campeche	8
27	Tlaxcala	1
28	Distrito Federal	0
29	Nuevo León	0
30	Puebla	0
31	Tabasco	0
32	Baja California Sur	n.d.

FUENTE: Elaborado por la ASF, con base en la información proporcionada por el INAPAM, mediante el oficio número oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

n.d.: No disponible.

De acuerdo con el registro del INAPAM, en 2014 existían en el país 2,576 casas hogar, albergues, residencias de día o centros de atención para las personas adultas mayor; sin embargo, no especificó los servicios que se prestan en cada una de ellas, ni el número de adultos mayores que han atendido en el periodo señalado. De acuerdo con los registros del INAPAM, el Distrito Federal, Nuevo León, Puebla y Tabasco no dispusieron de este tipo de unidades de atención.

Además, la LDPAM establece que el INAPAM deberá realizar acciones de coordinación con las autoridades competentes para que la atención en instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención que contribuya al desarrollo humano integral de las personas adultas mayores se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas, además de brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal que brindan servicios y atención a las personas adultas mayores; no obstante, el INAPAM no dispuso de información sobre el cumplimiento de esta responsabilidad.

Asimismo, en 1985 se creó el Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO), con el objetivo de “financiar los programas de vivienda de los organismos del Sector Público Federal, Estatal y Municipal; sociedades cooperativas y todas aquellas organizaciones legalmente constituidas que tengan como finalidad la construcción de vivienda popular”.^{134/} El FONHAPO se constituyó como un medio con el cual el Gobierno Federal ha atendido a las necesidades de vivienda de los grupos vulnerables. A partir de 2013 el FONHAPO fue sectorizado a la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU).

El FONHAPO operó desde 2013 el programa denominado “Vivienda digna”, el cual tiene el objetivo general de “contribuir a que los hogares mexicanos en situación de pobreza con ingresos por debajo de la línea de bienestar y con carencia por calidad y espacios de la vivienda mejoren su calidad de vida por medio de acciones de vivienda.”^{135/} Dicho programa tuvo como población objetivo los hogares en situación de pobreza, y los criterios de selección de beneficiarios especifican que los hogares cuyo jefe de familia fuera un adulto mayor de 60 años y más, tenían prioridad de atención por sus características de vulnerabilidad.

Los apoyos otorgados por el FONHAPO, mediante el programa “Vivienda digna”, fueron de tres tipos: de adquisición y construcción de vivienda; ampliación de vivienda, y mejoramiento de vivienda. El monto otorgado es variable, y está condicionado por las aportaciones de los Gobiernos Estatales o Municipales, así como de los beneficiarios, y el tipo de la localidad, ya sea rural o urbana. En 2014, los tipos y cantidad de los apoyos fueron los siguientes:

^{134/} Acuerdo por el que se autoriza la modificación del contrato constitutivo del fideicomiso fondo de habitaciones populares, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 1985.

^{135/} Reglas de Operación del Programa Vivienda Digna para el ejercicio fiscal 2014.

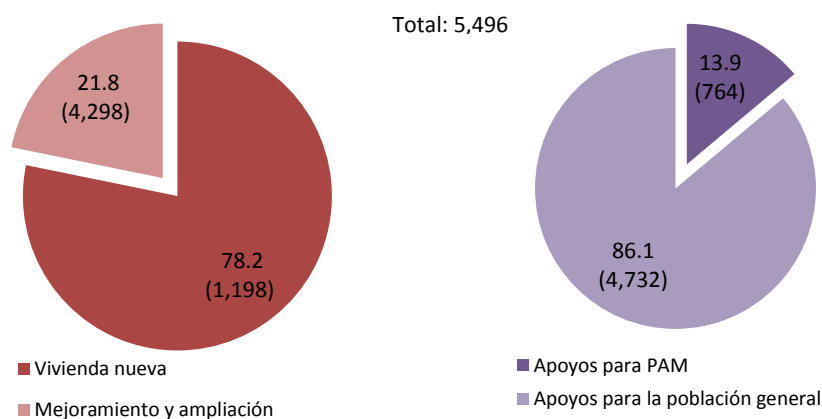
APOYOS DEL PROGRAMA VIVIENDA DIGNA, 2014
 (Pesos)

Localidad	Modalidad	Gobierno Federal		Gobierno Estatal	Beneficiario	
		Máximo	Mínimo	Mínimo	Máximo	Mínimo
Urbana	Adquisición o construcción de vivienda básica	63,600.0	48,000.0	Apoyo igual al valor de la aportación Federal	10,600.0	8,000.0
	Ampliación	20,000.0	15,000.0		4,000.0	3,000.0
	Mejoramiento	15,000.0	10,000.0		3,000.0	2,000.0
Rural	Adquisición o construcción de Vivienda	63,600.0	48,000.0	El 30% del valor total de la acción de vivienda	4,100.0	3,100.0
	Ampliación	20,000.0	15,000.0		1,550.0	1,150.0
	Mejoramiento	15,000.0	10,000.0		1,150.0	770.0

FUENTE: Reglas de operación del programa "Vivienda digna", para el ejercicio fiscal 2014.

Con el análisis de los documentos de rendición de cuentas, se identificó que únicamente para 2013 el FONHAPO reportó información específica para adultos mayores, como se muestra a continuación:

APOYOS ENTREGADOS POR EL PROGRAMA VIVIENDA DIGNA, POR TIPO DE APOYO
 Y TIPO DE POBLACIÓN ATENDIDA, 2013
 (Porcentajes y subsidios)



FUENTE: SEDATU, Primer Informe de Labores 2013-2014.
 PAM: Personas Adultas Mayores.

En 2013, con el FONHAPO se otorgaron 5,496 subsidios para vivienda, el 78.2% (4,298) fueron para adquirir una vivienda nueva y el 21.8% (1,198) para mejorar o ampliar los espacios habitacionales de familias vulnerables. Del total de apoyos entregados, el 13.9% (764) beneficiaron a familias en las que el jefe de familia fue un adulto mayor; no obstante, dichos

resultados no fueron significativos respecto de la dimensión del problema de carencias de vivienda en las personas adultas mayores, ya que de acuerdo con los datos del CONEVAL, en 2013 existían 739.2 miles de personas adultas mayores en situación de carencia por calidad y espacios en la vivienda, y 1,852.7 miles en no tenían acceso a los servicios básicos en la vivienda, por lo que la proporción de personas adultas mayores que fue beneficiada por el programa no fue significativa.

Para 2014, la SEDATU no reportó datos referentes al número de adultos mayores beneficiados mediante el FONHAPO. Asimismo, no se dispuso de información para evaluar en qué medida los apoyos proporcionados contribuyeron a que los adultos mayores que los recibieron salieran de su condición de vulnerabilidad por vivienda.

En síntesis, en el periodo 2002-2014, la CONAVI, el FOVISSSTE, el INFONAVIT, el INAPAM, el SNDIF y el FONHAPO implementaron acciones para garantizar a las personas adultas mayores el derecho a una vivienda digna; sin embargo, éstas no forman parte de una estrategia integral y coordinada dirigida específicamente a satisfacer las necesidades de vivienda de este grupo poblacional, cada institución realizó sus acciones de manera independientemente de las demás.

La CONAVI, de 2007 a 2014, otorgó créditos para la adquisición o remodelación de vivienda a 40,752 adultos mayores, además de que el otorgamiento de créditos creció en promedio anual 21.4%, al pasar de 2,013 adultos mayores beneficiados en 2007 a 7,843, en 2014; el FOVISSSTE, en el mismo periodo, otorgó créditos para vivienda a 21,940 adultos mayores, pero no es posible medir la cobertura de sus acciones, debido a que no dispone de un diagnóstico sobre el déficit de vivienda de los afiliados de este grupo etario; el INFONAVIT no dispuso de una estrategia de vivienda específica para beneficiar a este grupo poblacional, por lo que atendió a los adultos mayores, al igual que a cualquier otro afiliado, pero no dispuso de registros sobre la población adulta mayor beneficiada; el SNDIF, de 2002-2014, mediante dos centros gerontológicos y dos casas hogar, proporcionó asilo a 4,799 adultos mayores en situación de riesgo o desamparo, pero no dispuso de la cuantificación del total de adultos mayores que se encontraban en esa situación, por lo que no fue posible determinar su cobertura; y el INAPAM, a 2014 identificó 2,576 casa hogar, albergues, residencias de día o centros de atención para personas adultas mayores, pero no dispuso del número de beneficiarios, ni de información sobre las acciones de coordinación con las autoridades competentes, para garantizar que en

dichas instituciones se presten servicios de calidad y se capacite al personal que los proporciona.

4.2.4. Garantía de las opciones de empleo para los adultos mayores

La relación de las personas adultas mayores con el trabajo se bifurca en dos sentidos: en los obstáculos para acceder al mercado laboral cuando se decide seguir ocupado, y en las condiciones propias de los empleos ofertados. Para afrontar esta situación, la LDPAM estableció la obligación del Estado de garantizar el derecho de las personas adultas mayores al trabajo, lo que implica que éstas tengan las mismas oportunidades que otros grupos de la población para desempeñarse en la vida productiva nacional, así como que sus condiciones laborales sean amparadas por lo establecido en el marco jurídico laboral. Para cumplir con este mandato, la LDPAM dotó de facultades a la STPS y al INAPAM.

De acuerdo con la LDPAM, la STPS debe implementar programas dirigidos a la promoción de empleos para las personas adultas mayores que resulten aptos, además de ser remunerados dignamente; complementariamente debe ofrecer capacitación que les permita a estas personas desarrollar proyectos productivos, y la organización de una bolsa de trabajo especial.

Al respecto, la STPS implementó la estrategia “Abriendo Espacios”, la cual inició en 2001 con el título de “Chambapar”. Esta estrategia se diseñó especialmente para atender a las personas con discapacidad y a los adultos mayores que buscan incorporarse al mercado laboral, para lo que toma en cuenta sus capacidades y habilidades específicas. Dicha estrategia consiste en que cualquier sujeto de los grupos en comento puede asistir a las oficinas del Servicio Nacional de Empleo (SNE) y registrarse gratuitamente como buscador de empleo, ahí se le entrevista, para después ser canalizado a actividades como evaluación de habilidades, capacitación y ferias de empleo; o se le vincula directamente para que acuda a las empresas que ofertan empleos, con la posibilidad de que el adulto mayor y la empresa concierten una relación de trabajo, terminando así el ciclo en la incorporación al mercado laboral.^{136/}

La gestión de la intermediación laboral promovida por la STPS constó de tres vertientes: la creación de una Red Interinstitucional de evaluación de habilidades y capacidades para las

^{136/} Información proporcionada por la STPS con el oficio 310/19.08.15/417 del 19 de agosto de 2015.

personas con discapacidad y las personas adultas mayores, la cual se materializó en los Centros de Evaluación de Habilidades, coordinados por el SNE; la Red Nacional de Vinculación Laboral con participación de bolsas de trabajo interinstitucionales, y la capacitación para el trabajo con apoyo del programa denominado “Bécate”.

Los resultados de las acciones descritas y que forman parte de la estrategia “Abriendo Espacios”, se muestran a continuación:

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA ABRIENDO ESPACIOS, EN LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS, STPS, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)							
Año	PAM total (1)	PAM desocupadas		PAM solicitantes (4)	PAM colocadas (5)	% de PAM colocadas respecto de las solicitantes (6)=(5)/(4)	% de PAM colocadas respecto de las desocupadas (7)=(5)/(2)
		Total (2)	% respecto del total (3)=(2)/(1)				
2002	7,989.1	n.d.	n.d.	6.1	0.8	13.1	n.c.
2003	8,230.8	n.d.	n.d.	11.5	1.7	14.8	n.c.
2004	8,480.5	n.d.	n.d.	21.9	2.6	11.9	n.c.
2005	8,734.5	17.8	0.2	24.4	5.5	22.5	30.9
2006	8,996.2	20.8	0.2	16.5	4.2	25.5	20.2
2007	9,273.4	24.2	0.3	19.3	6.2	32.1	25.6
2008	9,566.2	28.3	0.3	42.2	11.7	27.7	41.3
2009	9,873.5	33.0	0.3	39.1	14.7	37.6	44.5
2010	10,195.8	38.5	0.4	48.6	21.8	44.9	56.6
2011	10,534.5	44.9	0.4	43.7	21.6	49.4	48.1
2012	10,893.4	52.4	0.5	53.2	26.0	48.9	49.6
2013	11,271.9	61.2	0.5	71.9	36.2	50.3	59.2
2014	11,669.4	71.4	0.6	81.2	38.5	47.4	53.9
TMCA (%)	3.2	16.7	13.0	24.1	38.1	11.3	6.4

FUENTE: **Proyecciones de población del CONAPO, 1990-2010 y 2010-2050.** Estimaciones elaboradas por la ASF a partir de los datos de la **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2005 y 2014**, y el documento **Perfil sociodemográfico de adultos mayores 2014** del INEGI. Información proporcionada por la STPS con el oficio 310/19.08.15/417 del 19 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

TMCA: Tasa Media de Crecimiento Anual.

*Nota: El cálculo de la TMCA tomó como base el primer año del que se dispuso información.

n.d.: No disponible.

n.c.: No cuantificable.

De 2002 a 2014, el número de personas adultas mayores de 60 años o más que acudieron a las oficinas de la STPS a solicitar ayuda para encontrar empleo aumentó de forma significativa, ya que creció en promedio anual 24.1%, al pasar de 6.1 miles a 81.2 miles; igualmente, la cantidad de esas personas que lograron ser colocadas en un empleo se incrementó en promedio anual 38.1%, al pasar de 0.8 miles, a 38.5 miles, ello significó que el porcentaje de colocación se incrementara en 261.8%, al pasar de 13.1% de efectividad a 47.4% en 2014; sin embargo,

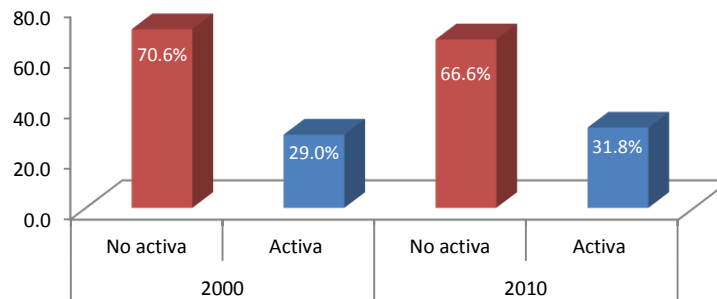
durante el periodo evaluado, esa oportunidad de emplearse nunca fue mayor del 50.3% (alcanzado en 2013), por lo que la mitad de los solicitantes no lograron encontrar un trabajo; asimismo, la STPS no proporcionó información sobre el seguimiento laboral de los adultos mayores colocados, por lo que no es posible evaluar la calidad de los empleos, la permanencia y el nivel salarial.

Igualmente, la STPS a partir de 2009 implementó la estrategia “Red Nacional de Vinculación Laboral”, en la que se conjuntan instituciones públicas, privadas y sociales para promover, difundir y facilitar la inclusión laboral de las personas en situación de vulnerabilidad, en las que se encuentran los adultos mayores. Al respecto, de 2009-2014, se atendió a 73,046 personas vulnerables, de las cuales el 42.8% (31,270) fueron adultos mayores; de éstos, 10,293 (32.9%) fueron colocados en algún trabajo.

Cabe señalar que la STPS no definió indicadores y metas para conocer el efecto de sus acciones de vinculación laboral con la producción de oportunidades para que éstos accedan al mercado laboral.

La dinámica de la proporción de personas adultas mayores económicamente activas, dentro de las que se encuentran las que tienen un empleo y las que están en búsqueda de él, y las no económicamente activas, ha sido la siguiente:

PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS POR CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, 2000 y 2010



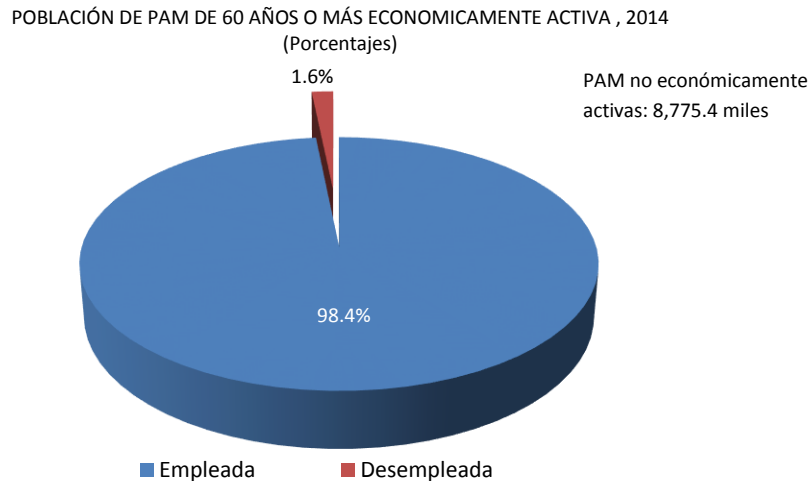
FUENTE: INEGI, **Perfil sociodemográfico de adultos mayores**, 2014.

Nota: La distribución porcentual no suma 100.0 porque no se grafica el no especificado.

Se identificó que en el periodo 2000-2010, la población de adultos mayores que no realizaba actividades económicas disminuyó en 4.0 puntos porcentuales, al pasar de 70.6% a 66.6%;

asimismo, la proporción de personas que se encontraba activa se incrementó en 2.8 puntos porcentuales, al pasar de 29.0% a 31.8%.

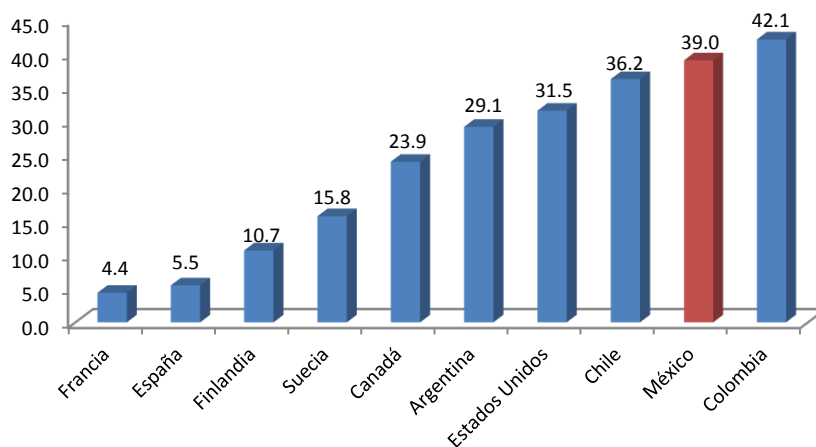
En 2014, la configuración interna del subgrupo de personas adultas mayores económicamente activas mostró los rasgos siguientes:



FUENTE: INEGI, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo**, 2014.
PAM: Personas Adultas Mayores.

En 2014, la mayor parte de los adultos mayores con voluntad y capacidad para trabajar estuvieron empleados (98.4%), sólo el 1.6% no pudieron integrarse al mercado laboral. Estos datos refieren a que los adultos mayores que se consideran desempleados no son todavía un grupo robusto, pero el de los empleados sí, lo que indica que las estrategias implementadas deben incluir la vigilancia del cumplimiento de los derechos laborales de la población adulta mayor, ya que el problema de empleo de este grupo poblacional se sitúa en sus condiciones de trabajo, y en el nivel de remuneraciones que pueden obtener, lo cual cobra relevancia si se observa la proporción de adultos mayores ocupados del país en el contexto internacional, la cual fue la siguiente:

PARTICIPACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS EN EL MERCADO LABORAL,
CONTEXTO INTERNACIONAL,
2010



FUENTE: INAPAM, *Diagnóstico del Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales*, 2015.

En 2010, en un análisis internacional de 10 países, México presentó la segunda tasa más alta de participación de personas adultas mayores en el mercado laboral, al ser de 39.0%, por debajo de Colombia, 42.1%. Esto sugiere que en el país los adultos mayores tienen la necesidad de prolongar su vida laboral, dada la falta de recursos garantizados que les permitan satisfacer sus necesidades básicas. Asimismo, países desarrollados como Finlandia, España y Francia tuvieron tasas significativamente más bajas, 10.7%, 5.5%, y 4.4% respectivamente.

En este contexto, la STPS no dispuso de estrategias dirigidos a vigilar el pleno ejercicio de los derechos de los trabajadores adultos mayores, y al respecto de dichos derechos por parte de los empleadores; sobre todo si se considera el alto grado de vulnerabilidad que presenta esta población, lo cual representa una limitante para exigir en propia persona sus derechos.

Respecto del factor de las condiciones y relaciones laborales que deben ser ajustadas a los principios de los derechos laborales determinados, tanto en la LDPAM como en la Ley Federal del Trabajo, la STPS, por medio de la Procuraduría Federal del Trabajo (PROFEDET), ofreció servicios de procuración de justicia laboral a las personas adultas mayores que los requirieran. Esos servicios tuvieron la finalidad de dirimir las diferencias que pudieran suscitarse entre trabajadores y patrones, y buscaron procurar la protección de los derechos de los trabajadores en cuanto a sus salarios, condiciones de trabajo y de vida, y acceso a la seguridad social.^{137/} Los

^{137/} Información proporcionada por la STPS con el oficio 511/01.-2015/1085 del 20 de agosto de 2015.

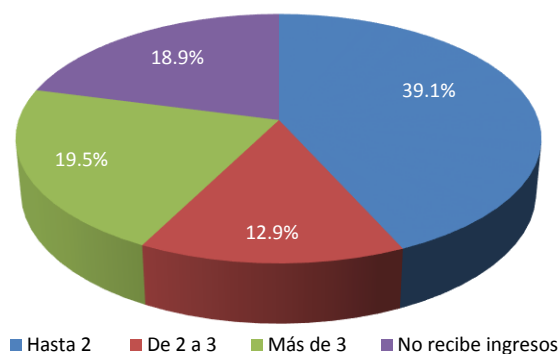
adultos mayores que se sirvieron de la procuración de justicia laboral de la PROFEDET presentaron demandas, las cuales fueron iniciadas y concluidas. La evolución de los resultados de las acciones para atender las demandas laborales de las personas adultas mayores por parte de la STPS fue la siguiente:

DEMANDAS DE PAM DE 60 AÑOS O MÁS ATENDIDAS CON SERVICIOS DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA LABORAL, PROFEDET-STPS, 2010-2014 (Miles de demandas por persona y porcentajes)			
Año	Iniciadas	Concluidas	Favorables
2010	55.4	45.9	45.2
2011	81.0	70.3	69.4
2012	54.9	63.7	62.7
2013	37.3	44.5	43.9
2014	26.8	28.7	28.0
Total	255.4	253.1	249.2
FUENTE:	Información proporcionada por la STPS con el oficio 511/01.-2015/1085 del 20 de agosto de 2015.		
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.		
PAM:	Personas Adultas Mayores.		
Nota:	Para los años de 2002 a 2009, la STPS no contó con información relacionada con las acciones de procuración de justicia laboral para las personas adultas mayores.		

De 2010 a 2014 el total de demandas por conflictos laborales presentadas por adultos mayores ascendió a 255.4 miles; a 2014 se había concluido el 99.1% (253.1 miles) y de estas últimas, el 98.5% (249.2 miles) tuvo una resolución favorable para los trabajadores que las interpusieron.

Para analizar las condiciones laborales en las que se desempeñan los adultos mayores, se analizó la información publicada por el INEGI en 2014 en el documento “Perfil sociodemográfico de adultos mayores; en el que se identifica el monto promedio de las remuneraciones de los adultos mayores que laboran:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS EMPLEADAS
POR SALARIOS MÍNIMOS PERCIBIDOS, 2010
(Porcentajes)



FUENTE: INEGI, **Perfil sociodemográfico de adultos mayores**, 2014.

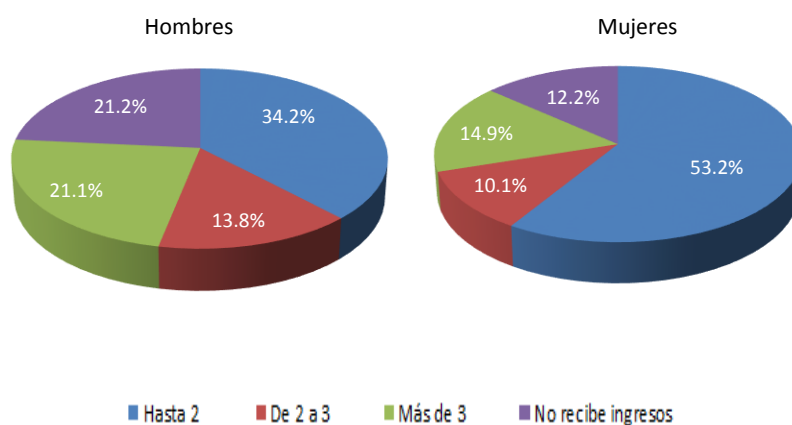
PAM: Personas Adultas Mayores.

Nota: la distribución porcentual no suma 100.0 porque no se grafica el no especificado.

En 2010, 4 de cada 10 adultos mayores de 60 años o más activos económicamente recibían hasta dos salarios mínimos a cambio de su fuerza de trabajo, y 2 de cada 10 personas adultas mayores no obtuvieron ingresos por su trabajo (18.9%).

La situación se agudiza si se observa con un enfoque de género, ya que por sexo las proporciones fueron las siguientes:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PAM DE 60 AÑOS O MÁS EMPLEADAS POR SALARIOS
MÍNIMOS PERCIBIDOS, POR GÉNERO, 2010
(Porcentajes)



FUENTE: INEGI, **Perfil sociodemográfico de adultos mayores**, 2014.

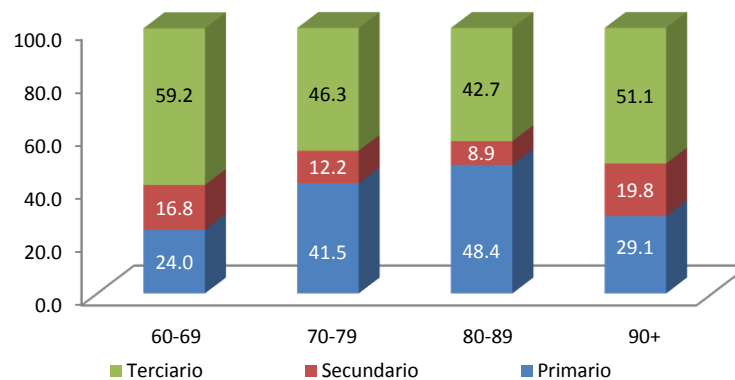
PAM: Personas Adultas Mayores.

Nota: La distribución porcentual no suma 100.0 porque no se grafica el no especificado.

En 2010, los adultos mayores varones tuvieron mejores oportunidades para trabajar en empleos con remuneraciones más altas que las mujeres, ya que 3 de cada 10 (34.9%) tenían una remuneración por arriba de los dos salarios mínimos, mientras que en el caso de las mujeres sólo fueron 2 de cada 10 (25.0%) las que tuvieron esas percepciones, la mayoría de ellas (53.2%) se desempeñaron en trabajos que les ofrecieron como máximo dos salarios mínimos. Por lo tanto, las mujeres adultas mayores presentaron una situación de evidente desventaja en relación con las percepciones de los trabajadores del género masculino.

En relación con lo anterior, también se debe tomar en cuenta que los ingresos en los empleos dependen del tipo de actividad económica en el que se inserten, el panorama de esa situación es el siguiente:

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS POR TIPO DE TRABAJO, 2014



FUENTE: INEGI, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo**, 2014.

En 2014, se observó que la mayoría de las personas adultas mayores de 60 años y más activas, laboraban en el sector terciario de servicios. Sin embargo, se notó una relación creciente entre el aumento de la edad y el número de personas que se incorporaron al sector primario o agrícola, el cual es de mayor demanda física y menor ingreso.

Acerca de la capacitación del trabajo, la STPS ha implementado el programa “Bécate”, el cual está dirigido a todas las personas de 16 años o más que se encuentren en búsqueda de empleo y que requieren capacitarse para facilitar su colocación o el desarrollo de una actividad productiva por cuenta propia. Los cursos impartidos por el programa son de carácter general, y en ellos se atiende también a la población adulta mayor, pero no se han diseñado cursos específicos para ella, lo que significa que la STPS no definió una estrategia específica para

atender las necesidades de capacitación laboral de las personas adultas mayores, y no contó con indicadores y metas para evaluar los resultados del programa “Bécate” en la adquisición de capacidades para el empleo de la población de adultos mayores beneficiada.

En lo correspondiente al INAPAM, la LDPAM le dotó de la atribución de propiciar que los adultos mayores se incorporen a los procesos productivos, de manera adecuada a sus habilidades y capacidades, además de fomentar programas de capacitación para el trabajo.

Al respecto, el instituto ha efectuado convenios de concertación con la iniciativa privada, con los cuales estableció vínculos laborales entre las empresas y los adultos mayores.

Durante el periodo 2002-2014, el INAPAM firmó 23 convenios en materia laboral, los cuales se realizaron en los años de 2003, 2004, 2010, 2013 y 2014. Por medio de los convenios laborales, el instituto integró la oferta que ofreció en una bolsa de trabajo específica para las personas adultas mayores. Las personas adultas mayores que fueron contratadas por medio de la bolsa del trabajo del INAPAM fueron las siguientes:

PAM DE 60 AÑOS O MÁS DESOCUPADAS Y PAM DE 60 AÑOS O MÁS CONTRATADAS POR MEDIO DE LA BOLSA DE TRABAJO DEL INAPAM, 2007-2014 (Personas y porcentajes)									
Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TMCA (%)
Desempleadas	24,232	28,275	32,993	38,499	44,923	52,419	61,166	71,372	16.7
Contratadas	7,827	9,116	8,656	10,625	19,814	9,403	10,782	10,056	3.6
Cobertura	32.3	32.2	26.2	27.6	44.1	17.9	17.6	14.1	(11.2)
FUENTE:	Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015. Estimaciones elaboradas por la ASF a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo , 2005 y 2014, y el documento Perfil sociodemográfico de adultos mayores 2014 del INEGI.								
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.								
PAM:	Personas Adultas Mayores.								
Nota:	Para los años de 2002 a 2006, el INAPAM no contó con registros de los beneficiarios de su bolsa de trabajo.								

De 2007 a 2014, el número de adultos mayores de 60 años o más que se emplearon por medio del instituto se incrementó en promedio anual 3.6%, al pasar de 7,827 a 10,056 personas, pero ese ritmo de crecimiento no fue proporcional con el del aumento del número de personas adultas mayores desempleadas, el cual creció en promedio anualmente 16.7%, al pasar de 24,232 a 71,372 personas, por lo que a 2014 únicamente se proporcionó empleo al 14.1% del total de adultos mayores desempleados. Además, el INAPAM no dispuso de información sobre el seguimiento de los adultos mayores contratados en el marco de los convenios, ni de su

nivel salarial, por lo que se desconoce la calidad de los empleos ofertados, al igual que la permanencia de los adultos mayores en ellos.

Adicionalmente, el INAPAM implementó el programa denominado “Tercera llamada”, el cual tuvo su origen en 2001, cuando se llevó a cabo un convenio de colaboración interinstitucional con la Secretaría de Economía y la SEDESOL, con la misión de otorgar recursos financieros, en condición de préstamo, y asistencia empresarial a adultos mayores con 60 años o más, inscritos al INAPAM (en ese año todavía denominado INSEN), que vivían en condiciones de pobreza, y que no eran sujetos de apoyo por la banca comercial, para promover y fortalecer el desarrollo de las actividades de autoempleo.^{138/} El programa “Tercera llamada” finalizó en 2009, y la evolución de su operación fue la siguiente:

PAM DE 60 AÑOS O MÁS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA TERCERA LLAMADA, INAPAM, 2002-2009 (Personas y miles de pesos)		
Año	Beneficiarios	Monto total
2002	830.0	3,450.2
2003	673.0	2,332.9
2004	620.0	1,938.5
2005	1,031.0	3,315.7
2006	561.0	1,842.9
2007	718.0	2,653.6
2008	676.0	3,003.2
2009	344.0	1,393.5
TMCA (%)	(11.8)	(12.1)
FUENTE:	Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.	
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.	
*Nota:	Cifras actualizadas a precios de 2014 con el deflactor implícito del PIB.	
PAM:	Personas Adultas Mayores.	

Durante el tiempo en que operó el programa “Tercera llamada”, de 2002 a 2009, el número de adultos mayores a los que apoyó fue a la baja al decrecer en promedio anual 11.8%, al pasar de 830 a 344; igualmente, el monto total de los créditos otorgados anualmente disminuyó en promedio anual en 12.1%, al pasar de 3,450.2 miles a 1,393.5 miles de pesos; asimismo, no se dio seguimiento a los proyectos que fueron financiados por el programa, por lo que se desconoció su efecto en la incorporación de los sus beneficiarios en la vida productiva; tampoco se definieron indicadores y metas para medir el efecto del programa en el desarrollo del autoempleo en las personas adultas mayores. En los años posteriores al fin del programa

^{138/} Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

“Tercera llamada”, el INAPAM no ha operado otra estrategia para fomentar el autoempleo de los adultos mayores.

En síntesis, si bien las acciones de vinculación laboral implementadas por la STPS presentan una efectividad creciente en relación al número de adultos mayores que se han empleado por medio de ellas, todavía han sido insuficientes para poder asegurar un empleo a todas las personas que lo soliciten, ya que aproximadamente sólo el 50.0% de sus solicitantes entran al mercado laboral. A la par, el INAPAM también gestionó una bolsa de trabajo, en la cual tuvo una oferta de empleo que fue producto de la firma de convenios con empleadores, cuyo número de adultos mayores contratados fue creciente, pero insuficiente en relación con la demanda de trabajo de este grupo de población (en 2014 sólo se dieron empleos al 14.1% de los adultos mayores desempleados); al igual que la STPS, el INAPAM no implementó acciones para dar seguimiento y vigilar las condiciones de los empleos otorgados.

Esos datos guardan correspondencia con la dinámica que ha tenido la ocupación laboral entre las personas adultas mayores en los últimos años, ya que de acuerdo con el INEGI en 2010 3 de cada 10 adultos mayores eran activos económicamente, lo que hizo que en el contexto internacional México fuera uno de los países con más personas adultas mayores ocupadas económicamente.

Por lo anterior, el acceso al mercado laboral continuó siendo un problema para las personas adultas mayores, pero aun mayor es el garantizar condiciones dignas de trabajo al creciente número de adultos mayores que por algún motivo tuvieron que extender su vida productiva. En ese sentido, la STPS intervino con servicios de procuración de justicia laboral, por medio de los cuales la mayoría de los conflictos que presentaron los adultos mayores fueron resueltos favorablemente; no obstante, el alcance de los beneficios de esas acciones fue limitado, ya que sólo dieron respuesta a aquellos individuos que se presentaron directamente a las instancias de procuración de justicia laboral y por ende, todas aquellas personas que desconocieron ese servicio continuaron padeciendo de condiciones laborales inciertas, lo cual se volvió un problema más agudo en tanto que la STPS no definió estrategias para dar seguimiento a los empleos que ayudó a concertar.

La STPS tampoco dispuso de información para ponderar la calidad de los empleos en general que llevan a cabo los adultos mayores; no obstante, los datos del INEGI indican que las

garantías laborales, como la de una remuneración digna tanto como para hombres y mujeres, no han logrado consolidarse en niveles deseables que contribuyan al desarrollo integral de ese grupo de población; como muestra el hecho de que en 2010 la mayoría de los trabajadores mayores de 60 años percibieron únicamente hasta dos salarios mínimos mensuales, y la oportunidad de que una mujer del mismo grupo de edad obtuviera más de esa cantidad fue considerablemente menor que en el caso de los hombres.

4.2.5. Garantía de los satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa

La concepción de que ser adulto mayor es encontrarse en una etapa final de la vida ha contribuido a que se omita el hecho de que las personas mayores tienen el mismo sentido de participación social que los demás grupos etarios, al igual que necesidades universales como la vinculación entre congéneres y otros grupos de edad; la necesidad del goce y conocimiento que proveen los productos y servicios culturales; la necesidad lúdica de actividades físicas y mentales; así como la necesidad de contar con un bagaje de conocimientos compartidos con la población en general que, además de combatir el rezago educativo causado por las condiciones educativas de antaño, brinde la oportunidad continua de capacitarse.

La cultura, la recreación y la educación son requerimientos de los adultos mayores, por ello en la LDPAM se definió como uno de los objetivos de la política de atención a las personas adultas mayores garantizar a ese grupo etario su educación y participación en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

Asimismo, la LDPAM determinó atribuciones a la SEP, a la SECTUR y al INAPAM para cumplir con dicho objetivo. Particularmente, la SEP deberá facilitar el acceso gratuito o con descuentos a la cultura promoviendo su expresión por distintos medios, ya sea con instituciones públicas o privadas, además de establecer programas culturales y concursos exclusivos para las personas adultas mayores.

Al respecto, la SEP, por medio del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), brinda oferta de actividades artísticas y culturales que incluyen talleres, exposiciones, obras de teatro, conciertos, cine y festivales, entre otras; la oferta cultural y recreativa que ofrece es

para todo el público en general independientemente de su edad, y no dispone de información específica sobre la participación de las personas adultas mayores en dichas actividades artísticas y culturales; no obstante, en todas las actividades artísticas y culturales realizadas por el CONACULTA se otorgan descuentos del 50.0% a las personas adultas mayores, mediante la presentación de su credencial vigente del INAPAM. Cabe señalar que en 2014 únicamente el 10.1% (1,175.9 miles) de los 11,669.4 miles de adultos mayores que existían en el país contaban con la credencial del INAPAM, por lo que el 89.9% (10,493.6 miles) de los adultos mayores excluidos de los beneficios en descuentos a las actividades artísticas y culturales que oferta el CONACULTA. Además, el consejo y el INAPAM carecieron de indicadores y metas que permitieran medir el número de personas adultas mayores que hacen uso de los descuentos, ni la contribución de éstos en la satisfacción de las necesidades culturales y artísticas de ese grupo poblacional.

Igualmente, en la LDPAM se establecieron como atribuciones de la SECTUR las de impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades turísticas, particularmente las que se refieren al rescate y transmisión de la cultura y de la historia; promover actividades de recreación turística con costos preferentes, diseñados para personas adultas mayores, y establecer convenios para ofrecer tarifas especiales y gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, y hospedajes en hoteles y centros turísticos.

Al respecto, la SECTUR, hasta antes de 2012, no dispuso de estrategias para impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades turísticas; en ese año realizó la conferencia “Beneficios del Turismo en la Vida de los Adultos Mayores”, la cual tuvo como propósito mostrar cifras y datos de envejecimiento; conceptos de vejez y edad; servicios ofrecidos por el INAPAM y turismo gerontológico.

En 2014, la SECTUR se reunió con el INAPAM para establecer un convenio de colaboración, a fin de “diseñar un instrumento dentro del ámbito de competencia de programas sociales para realizar actividades con los beneficiarios por parte de los programas sociales a cargo de ambas partes”; no obstante, a la fecha de esta evaluación, no se ha concretado dicho convenio.

De igual forma, existen dos convenios de colaboración entre la SECTUR y el sistema de agencias turísticas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(TURISSSTE) y del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (INFONACOT) firmados en 2013. Estos convenios tiene el objetivo de desarrollar trabajos conjuntos que propicien la promoción turística y el fomento al turismo social, mediante un “Catálogo de Productos Turísticos”, emitido por la SECTUR, así como de las herramientas crediticias o mecanismos financieros que otorgan el INFONACOT y el TURISSSTE para los trabajadores afiliados; sin embargo, dichos convenios no están enfocados específicamente en el beneficio de los adultos mayores, ya que se enfoca a la población derechohabiente en general, y la SECTUR no cuenta con un registro en el que se identifique cuantos adultos mayores han resultado beneficiados con dichos convenios.

La LDPAM estableció como responsabilidad del INAPAM, la de impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y cultural, y promover la participación de ese grupo poblacional de todas las áreas de la vida pública.

Al respecto, el INAPAM desarrolla programas de ejercitación física y de actividades culturales con el propósito de promover el desarrollo social y humano, fomentar la salud e impulsar el deporte.

En el periodo 2002-2014, con las actividades físicas y culturales implementadas por el INAPAM se beneficiaron 141,272 personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro siguiente:

ACTIVIDADES FÍSICAS Y CULTURALES IMPLEMENTADAS POR EL INAPAM, 2002-2014

(Miles y porcentajes)

Año	Actividades físicas (a)	Actividades culturales (b)	PAM beneficiadas (c)	PAM afiliados (d)	Cobertura (e=(c/d*100))	Total de PAM (f)	Cobertura (g=(d/f*100))
2002	12.5	79.9	7.6	n.d.	n.a.	7,989.1	n.a.
2003	7.4	59.8	8.0	618.2	1.3	8,230.8	n.s.
2004	9.8	90.6	7.8	968.2	0.8	8,480.5	n.s.
2005	7.7	106.4	7.9	1,303.6	0.6	8,734.5	n.s.
2006	9.4	25.8	7.9	986.4	0.8	8,996.2	n.s.
2007	11.4	37.2	8.1	730.0	1.1	9,273.4	n.s.
2008	4.6	29.5	7.8	1,141.9	0.7	9,566.2	n.s.
2009	6.5	35.0	7.8	1,141.4	0.7	9,873.5	n.s.
2010	2.1	34.7	7.7	994.2	0.8	10,195.8	n.s.
2011	2.8	35.1	7.8	1,154.3	0.7	10,534.5	n.s.
2012	9.3	30.0	7.8	1,080.7	0.7	10,893.4	n.s.
2013	3.4	41.1	26.0	1,182.1	2.2	11,271.9	n.s.
2014	0.7	44.9	29.0	1,175.9	2.5	11,669.4	n.s.
Total	87.6	650.0	141.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información remitida por el INAPAM, mediante el oficio núm.: DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

n.d.: No disponible.

n.a.: No se aplica.

n.s.: No significativo.

En el periodo evaluado el INAPAM realizó 87.6 miles de actividades físicas y 650.0 miles de actividades culturales en las que participaron 141.2 miles de adultos mayores de 60 años o más; no obstante, la cobertura de atención es limitada, ya que en 2014 se benefició a 29.0 miles de adultos mayores, que representó el 2.5% de los 1,175.9 miles de afiliados al INAPAM.

Asimismo, de 2002 a 2005 y de 2009 a 2014, el INAPAM, en conjunto con algunas entidades federativas organizó los “Juegos Nacionales Deportivos y Culturales de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de “satisfacer las expectativas de la población de 60 años de edad y más por formarse en 11 disciplinas deportivas y 10 actividades culturales”. En dichos juegos participaron 39,705 personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro siguiente:

JUEGOS NACIONALES DEPORTIVOS Y CULTURALES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES,
 2002-2005 Y 2009-2014

(Miles de personas y porcentajes)

Año	PAM participantes	Total de PAM	Porcentaje de cobertura	Sedes
2002	6.1	7,989.1	0.08	Aguascalientes
2003	3.8	8,230.8	0.05	Distrito Federal
2004	3.8	8,480.5	0.04	Distrito Federal
2005	3.5	8,734.5	0.04	San Luis Potosí
2009	2.8	8,996.2	0.03	Distrito Federal
2010	3.1	9,273.4	0.03	Distrito Federal
2011	3.6	9,566.2	0.04	Distrito Federal
2012	3.9	9,873.5	0.04	Puebla de Zaragoza
2013	4.2	10,195.8	0.04	Distrito Federal
2014	5.0	10,534.5	0.05	Guadalajara
Total	39.8	91,874.5	n.a.	10

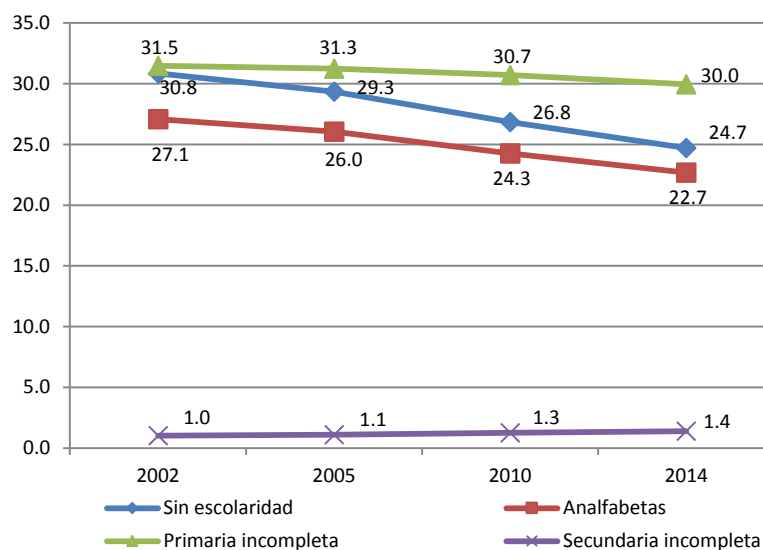
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en la información remitida por el INAPAM, mediante el oficio núm.: DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.

PAM: Personas Adultas Mayores.

n.a.: No se aplica.

En materia de la oferta educativa para las personas adultas mayores, la LDPAM mandata que la SEP debe garantizar a los adultos mayores el acceso a los servicios educativos, en todos sus niveles y modalidades. Al respecto, se debe considerar que la situación educativa de los adultos mayores es distinta a la de los grupos más jóvenes, ya que han alcanzado un mayor nivel de educación; en las personas de 60 años o más el problema consiste en su rezago educativo, el cual se presenta a continuación:

PROPORCIÓN DE PAM DE 60 AÑOS O MÁS CON ALGÚN TIPO DE REZAGO EDUCATIVO, 2002, 2005, 2010 Y 2014
 (Porcentajes)



FUENTE: Estimaciones de la ASF a partir del **Censo de Población y Vivienda**, INEGI 2000 y 2010.
 PAM: Personas Adultas Mayores.

Aun cuando tres de los cuatro tipos de rezago educativo han presentado reducciones entre 2002 y 2014, las proporciones de los adultos mayores que presentan rezago continúan siendo elevadas. En 2014, el 30.0% de la población adulta mayor no tenía la primaria completa; el 24.7%, no tenía escolaridad^{139/}; el 22.7%, era analfabeta, y el 1.4% no tenía secundaria completa. Lo anterior significa que a 2014 el 78.8% de los adultos mayores presentaron algún tipo de rezago educativo.

Frente a este escenario la SEP, por medio del INEA, institución encargada de proporcionar servicios educativos a las personas mayores de 15 años, dentro de las cuales se encuentran los adultos mayores, ha prestado servicios a este grupo de población, con los resultados siguientes:

^{139/} Se refiere al número de personas que nunca acudieron a un sistema escolarizado formal.

PAM DE 60 AÑOS O MÁS ALFABETIZADAS Y QUE CONCLUYERON UN NIVEL EDUCATIVO, INEA, 2002-2014 (Miles de personas y porcentajes)									
Año	PAM analfabetas (1)	Primaria incompleta (2)	Secundaria incompleta (3)	Alfabetizados (4)	Cobertura (%) (5)=(4)/(1)	Primaria (6)	Cobertura (%) (7)=(6)/(2)	Secundaria (8)	Cobertura (%) (9)=(8)/(3)
2002	2,162.9	2,514.0	81.5	16.5	0.8	6.1	0.2	1.8	2.2
2003	2,199.5	2,584.0	86.3	12.6	0.6	6.6	0.3	2.1	2.4
2004	2,236.7	2,655.9	91.4	11.8	0.5	7.8	0.3	3.1	3.4
2005	2,274.5	2,729.9	96.8	8.9	0.4	7.1	0.3	3.4	3.5
2006	2,313.0	2,805.9	102.5	16.1	0.7	10.1	0.4	5.6	5.5
2007	2,352.2	2,884.0	108.6	21.0	0.9	10.9	0.4	8.2	7.6
2008	2,392.0	2,964.3	115.1	15.0	0.6	11.6	0.4	6.1	5.3
2009	2,432.4	3,046.9	121.9	17.2	0.7	12.0	0.4	6.5	5.3
2010	2,473.6	3,131.7	129.1	17.4	0.7	13.9	0.4	8.0	6.2
2011	2,515.5	3,218.9	136.7	17.7	0.7	16.7	0.5	10.1	7.4
2012	2,558.0	3,308.5	144.9	19.3	0.8	20.2	0.6	14.3	9.9
2013	2,601.3	3,400.7	153.4	17.4	0.7	18.6	0.5	15.0	9.8
2014	2,645.3	3,495.3	162.5	39.3	1.5	21.0	0.6	17.6	10.8
TMCA (%)	1.7	2.8	5.9	7.5	n.a.	10.9	n.a.	20.9	n.a.
FUENTE:	Elaborado por la ASF, con base en la información proporcionada por la SEP con el oficio DGPYRF.-/7656 del 29 de mayo de 2015. Estimaciones de la ASF a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda , INEGI 2000 y 2010.								
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.								
PAM:	Personas Adultas Mayores.								
n.a.:	No se aplica.								

De 2002 a 2014, el número absoluto de adultos mayores de 60 años o más con rezago educativo, se incrementó, los que presentaron analfabetismo crecieron 1.7% en promedio anual, al pasar de 2,162.9 a 2,645.3 miles de personas; los que tenían la primaria incompleta, 2.8% en promedio anual, al pasar de 2,514.0 a 3,495.3 miles, y los que tenían la secundaria incompleta, 5.9% en promedio anual, al pasar de 81.5 miles a 162.5 miles.

La atención por parte del INEA también creció constantemente 7.5% en promedio anual en el caso del analfabetismo; en 10.9%, en el caso de la primaria, y en 20.9%, en secundaria. Sin embargo, la cobertura es limitada, respecto del total de personas adultas mayores en rezago; en 2014, los adultos mayores atendidos por rezago en analfabetismo representaron únicamente el 1.5% de los que se encontraban en esa situación; de los que presentaban rezago por primaria incompleta se atendió al 0.6%, y de los que presentaban rezago por secundaria incompleta, se atendió al 10.8%.

En lo correspondiente al INAPAM, sus acciones para favorecer la oferta educativa de las personas adultas mayores consistieron en concretar convenios de colaboración y concertación con la iniciativa pública y privada para gestionar beneficios para la educación de ese grupo de

población. No obstante, el instituto no contó con registros de convenios en los años 2002 a 2007 y 2010; la información disponible en 2008, 2009 y de 2011 a 2014, señaló que en esos años se lograron concretar 21 convenios. En general, los beneficios se otorgaron en descuentos económicos para cursos en instituciones educativas privadas y en acuerdos con algunas instituciones públicas, de los cuales no pudieron identificarse las acciones derivadas a favor de los adultos mayores, por lo que los convenios reportados se muestran con un carácter adjetivo frente a la problemática del rezago educativo de ese grupo etario.

En adición a lo anterior, el INAPAM reportó haber proporcionado servicios educativos dirigidos a las personas adultas mayores, dicha información se presenta enseguida:

SERVICIOS EDUCATIVOS Y PAM DE 60 AÑOS O MÁS ATENDIDAS CON ELLOS, INAPAM 2002-2014 (Miles de servicios y personas, y porcentajes)													
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios educativos	83.3	62.3	108.2	102.3	47.7	48.2	46.7	39.1	45.6	45.8	52.5	60.7	60.2
PAM atendidas	15.6	13.3	19.4	17.8	10.4	10.2	10.4	9.7	11.0	11.0	12.9	14.9	14.6
FUENTE:	Información proporcionada por el INAPAM con el oficio DAF/492/2015 del 21 de agosto de 2015.												
TMCA:	Tasa Media de Crecimiento Anual.												
PAM:	Personas Adultas Mayores.												

De 2002 a 2014, los servicios educativos del INAPAM proporcionados a la población adulta mayor presentó un comportamiento irregular, en 2002 se benefició a 15.6 miles de personas; en 2008, a 10.4 miles, y en 2014 a 14.6 miles de personas: sin embargo, el INAPAM no contó con información para identificar en qué consistieron los servicios educativos señalados, ni cuál fue el beneficio obtenido por sus usuarios. Además, no se dispuso de indicadores, ni metas para medir el efecto de las acciones para la educación de los adultos mayores y tampoco se definió su población potencial y objetivo, por lo que no se pudo evaluar la contribución del INAPAM en la oferta educativa de ese grupo poblacional.

En diciembre de 2014, el INEA firmó un convenio de colaboración con el INAPAM para promover y proporcionar servicios de alfabetización y de educación primaria y secundaria para los afiliados a ese instituto en sus delegaciones estatales; sin embargo, no se reportaron resultados.^{140/}

^{140/} Información proporcionada por la SEP con el oficio DGPYRF.-20.2/7656 del 29 de mayo de 2015.

En síntesis, en materia de satisfactores culturales y recreativos, y la oferta educativa para población adulta mayor, no existe una estrategia específica para atender las necesidades de este grupo poblacional, únicamente tiene acceso a la misma oferta cultural, recreativa y educativa que existe para la población en general, lo que los ubica en desigualdad para ejercer estos derechos, debido a las condiciones de vulnerabilidad inherentes a la vejez.

Respecto de las acciones realizadas por las distintas instituciones que participaron, se observó una desarticulación y una falta de coordinación entre ellos: la SEP, por medio del CONACULTA, no definió acciones para dar atención específica a las necesidades en materia de cultura de las personas adultas mayores; el único apoyo específico para los adultos mayores es el descuento económico en actividades culturales; sin embargo, únicamente tienen este beneficio los tarjetahabientes del INAPAM, por lo que la mayoría de las personas adultas mayores no tienen acceso a dicho beneficio.

La SECTUR no acreditó haber gestionado acciones específicas para la atención de las necesidades de turismo para los adultos mayores, atribución mandatada por la LDPAM.

El INAPAM llevó a cabo actividades como juegos deportivos y eventos culturales específicamente para la población de adultos mayores; sin embargo, su cobertura no es significativa, respecto de sus afiliados, y peor aún, frente al total de adultos mayores en el país.

Respecto de la oferta educativa, el INEA dio servicios a la población adulta mayor, al igual que a cualquier otra persona mayor de 15 años con rezago educativo.

4.3. Planificación del envejecimiento poblacional

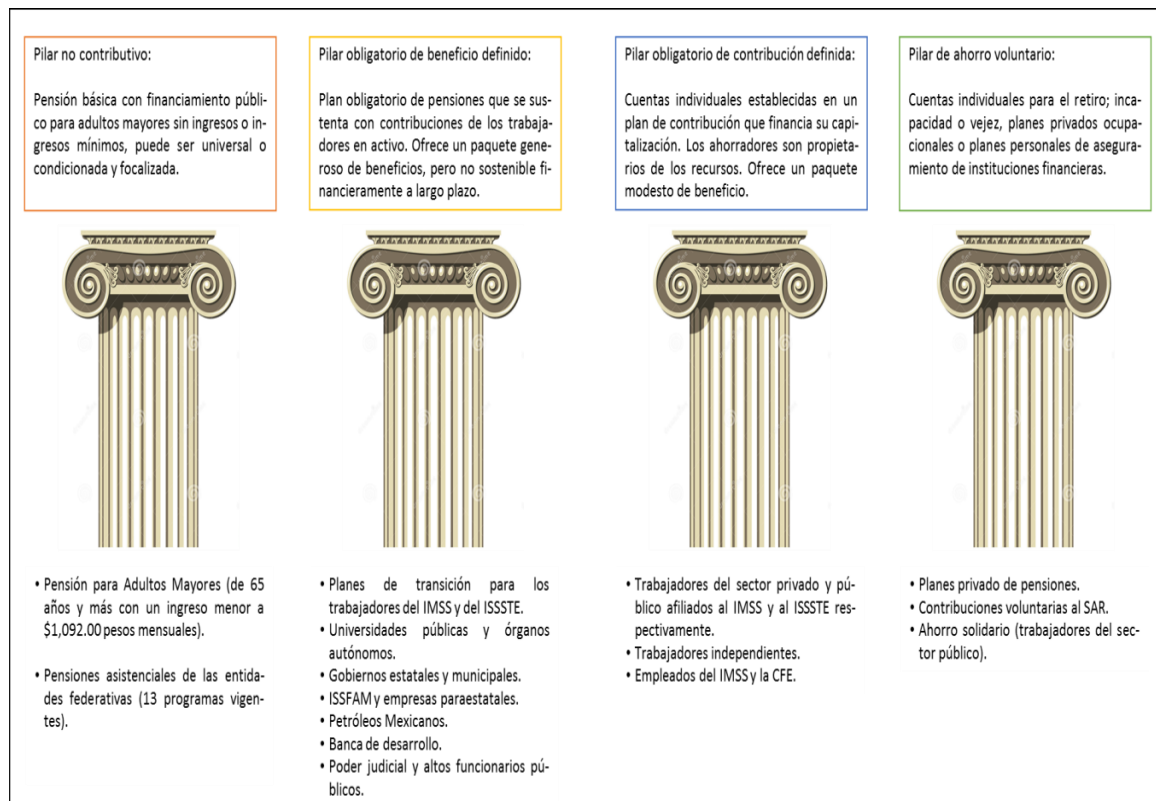
A continuación se presentan las acciones implementadas por el Gobierno Federal y los resultados obtenidos en los tres componentes de la vertiente de planificación del envejecimiento poblacional.

4.3.1. Sistema Nacional de Pensiones

Las pensiones constituyen uno de los principales beneficios de la seguridad social al brindar protección económica a las personas después de su retiro laboral; la transferencia de recursos económicos tiene el objetivo de asegurar una fuente de ingreso permanente y suficiente que les permita asumir con independencia el costo de su vida en la vejez. Sin embargo, la baja cobertura y la insuficiencia de las pensiones representa un riesgo previsional para las próximas generaciones de personas adultas mayores, que ante la falta de acceso a este esquema de protección social serán vulnerables a la pobreza; requerirán de apoyos no contributivos gubernamentales, sociales y familiares, y se verán obligados a trabajar hasta edades muy avanzadas. En consecuencia, el marco jurídico y la LDPAM, en particular, señalan que el Estado debe establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro, incluida la garantía pensionaria de tipo contributivo y asistencial.

Actualmente, la implementación del SNP se lleva a cabo por medio de una estructura de pilares complementarios pero no necesariamente relacionados. El análisis de este sistema se muestra en el esquema siguiente:

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES DE ACUERDO CON SUS PILARES COMPONENTES



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015, y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Estudios de la OCDE sobre los sistemas de pensiones. México**, 2015.

➤ **Pilar de pensiones no contributivas**

En México existen diversos programas de pensiones no contributivas que entregan transferencias económicas o apoyos en especie, tanto en el ámbito federal como en el estatal, con una edad mínima para ser beneficiario entre 60 y 70 años; por el alcance de su cobertura, el programa más importante es el denominado “Pensiones para Adultos Mayores” (PAM) que opera la SEDESOL. Sin embargo, la continuidad de este programa no está garantizada, ya que no existe un andamiaje jurídico e institucional que dé certeza sobre su otorgamiento, operación y financiamiento. Aunque no se prevé que reduzca su cobertura, o que deje de operar, su falta de certidumbre jurídica vuelve a este programa susceptible a las presiones políticas, presupuestarias y coyunturales.

A mediados de 2015, estaban registrados en el padrón de beneficiarios del PAM un total de 5,526.1 miles de personas adultas mayores que esperan recibir una pensión de 580.0 pesos

mensuales repartidos en entregas bimestrales; para ello, en el ejercicio fiscal 2015 se le asignó un presupuesto modificado de 39,015.6 millones de pesos.^{141/}

En el ámbito estatal existen diversos programas asistenciales para atender a las personas de bajos ingresos pertenecientes a este grupo etario; hasta 2011 se contabilizaban 13 entidades federativas que habían otorgado pensiones no contributivas para los adultos mayores residentes en sus demarcaciones respectivas. Los programas estatales son heterogéneos en relación con los beneficios que otorgaron (monetarios y en especie), respecto de la edad mínima para ser beneficiario (entre 60 y 70 años) y la cuantía de los apoyos otorgados (desde 500.0 pesos o despensas alimenticias hasta 897.3 pesos mensuales). De manera general, las restricciones de los programas son los años de residencia, que varían entre tres (Distrito Federal) y veinte (Veracruz), así como presentar algún nivel de vulnerabilidad económica, y no recibir beneficios similares por concepto de pensión de cualquier tipo. El detalle de los programas estatales de pensiones se presenta a continuación:

^{141/} Secretaría de Desarrollo Social, **Segundo informe trimestral 2015**, México, 2015, y Diario Oficial de la Federación, **Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2015**, 27 de diciembre de 2104.

Evaluación núm. 1645
 “Política Pública de Atención a las Personas Adultas Mayores”

PROGRAMAS ASISTENCIALES PARA ADULTOS MAYORES A CARGO DE LOS GOBIERNOS LOCALES, MÉXICO, 2011

Entidad federativa	Programa	Requisitos	Tipo de apoyo	Monto mensual	Periodicidad	Beneficiarios	Presupuesto aprobado (MDP)
Chiapas	Amanecer	64 años de edad y ser residente	Monetario	550	Mensual	240,000	1,438.6
Chihuahua	Vive a plenitud	65 años	No monetario	n. e.	n. e.	15,000	121.0
Colima	Pensión alimentaria a adultos mayores	65 años, no percibir ingresos o prestaciones federales, 10 años de residencia	n. e.	n. e.	n. e.	3,000	5.1.0
Distrito Federal	Pensión alimentaria para adultos mayores	68 años y ser residente con un antigüedad mínima de 3 años	Monetario	897.3	Mensual	473,360	5,101.0
Jalisco	Estrategia de atención a los adultos mayores	70 años de edad y vivir en condiciones de marginación y/o desamparo	Monetario	1,500.0	Trimestral	94,417	15.0
Estado de México	Pensión alimenticia para adultos mayores de 60 a 69 años	60 a 69 años de edad y vivir en situación de pobreza alimentaria, marginación, exclusión social o vulnerabilidad	No monetario	Despensa	Mensual	120,000	299.7
	Pensión alimenticia para adultos mayores	70 años de edad y vivir en situación de pobreza alimentaria, marginación, exclusión social o vulnerabilidad	No monetario	Despensa	Mensual	160,912	1,150.0
Nayarit	Pensiones alimenticias para adultos mayores de 70 años	Ser adulto mayor de 70 años	No monetario	Despensa	Mensual	47,988	40.0
Oaxaca	Pensión estatal alimentaria para adultos de 70 y Más	70 años de edad, residir en localidades mayores a 30 mil habitantes y no contar con beneficios de los programas federales	Monetario	1,000.0	Bimensual	31,000	150.4
Puebla	Setenta y Más urbano.	70 años de edad y vivir en localidades de más de 50 mil habitantes	Monetario	500.0	Mensual	n. e.	n. e.
Querétaro	Programa de apoyo alimentario	60 años	No monetario	Despensa	Bimensual	96,600	9.9
Quintana Roo	Programa de apoyo económico	70 años, vivir en situación de vulnerabilidad, no contar con pensión y/o apoyos de instancias federales y residencia mínima de 5 años	Monetario	850.0	Mensual	33,611	43.2
Sonora	Crecer con adultos mayores.	65 a 69 años y acreditar su residencia en zonas de atención prioritaria.	Monetario	1,000.0	Semestral	50,500	50.5
Veracruz	Pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años	70 años de edad, residencia mínima de 20 años y carecer de cualquier sistema de pensiones o de seguridad social	Monetario	Medio salario mínimo vigente en Xalapa, Veracruz.	Mensual	35,699	350.0

FUENTE: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, **Evaluación Estratégica de Protección Social en México**, México, 2013.

MDP: Millones de pesos.

n. e.: No especificado.

El Distrito Federal es la entidad con el mayor número de adultos mayores apoyados, con cerca de medio millón de personas, y la que asigna el mayor presupuesto para el pago de este beneficio; le siguen el Estado de México y Chiapas, con alrededor de un cuarto de millón de beneficiarios cada uno.

Salvo en el Distrito Federal, donde la seguridad pensionaria se ha fijado en la estructura jurídica de la entidad,^{142/} los programas asistenciales de pensiones del ámbito federal y estatal operan sin un marco normativo general que integre este tipo de protección al conjunto de los beneficios de las seguridad social, con el fin de garantizar su otorgamiento, suficiencia, cobertura y sustentabilidad financiera; que permita la homologación del paquete de beneficios definido por cada programa, y la coordinación entre ambos órdenes de gobierno.^{143/}

Cabe señalar que a principios de 2014 la Cámara de Diputados aprobó la Ley de la Pensión Universal,^{144/} con el objetivo de garantizar una vejez digna a las personas mayores de 65 años, mediante la entrega de una pensión equivalente a un monto mensual de 580.0 pesos, el cual se ajustará anualmente hasta igualar el valor de la Línea de Bienestar Mínimo (1.092.0 pesos) en un plazo no mayor de 15 años. La iniciativa de ley busca subsanar la dispersión, duplicidad, insostenibilidad e insuficiencia de los programas federales y estatales existentes, y garantizar la sostenibilidad de la universalidad pensionaria, mediante el establecimiento de un fondo de reserva que acopiará los recursos que se asignen cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación en favor de cada persona mayor de 18 años, de acuerdo con los estudios actuariales y demográficos correspondientes.^{145/}

A la fecha, las debilidades señaladas en la integración de un efectivo SNP, que incluya las pensiones de tipo no contributivo, pueden conducir a un traslape entre la pensión que brinda el Gobierno Federal y la que otorgan los gobiernos locales, no sólo respecto del número de adultos mayores beneficiados, sino también de los recursos financieros y los esfuerzos

^{142/} Gaceta Oficial del Distrito Federal, **Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Setenta y Ocho Años, Residentes en el Distrito Federal**, 18 de noviembre de 2003. Sin embargo, esta ley no fija previsiones sobre su sostenibilidad financiera, únicamente se obliga a los poderes Ejecutivo y Legislativo locales a presupuestar y asignar, respectivamente, los montos suficientes para hacer efectivo el derecho a la pensión alimentaria.

^{143/} Reyes Tépac Marcial, **Análisis de la Seguridad Social Universal en la vertiente de la Pensión para los Adultos Mayores de México**, Cámara de Diputados- Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis 2015.

^{144/} A la fecha de redacción de este informe, la iniciativa de ley aún se encontraba en la Cámara de Senadores esperando su revisión.

^{145/} Gaceta Parlamentaria, **Iniciativa de Decreto por el que se expiden la Ley de la Pensión Universal y la Ley del Seguro de Desempleo, así como se reforman, adicionan y derogan diversas leyes para establecer mecanismos de seguridad social universal**, Cámara de Diputados, 13 de marzo de 2014.

institucionales necesarios para la entrega de los apoyos. Además, los programas asistenciales son ofrecidos por muchos gobiernos estatales que no cuentan con recursos fiscales que los respalden, por lo que el otorgamiento de estas pensiones puede concluir en un problema de corto plazo para las finanzas estatales.^{146/}

➤ Pilar de pensiones contributivas: beneficio definido

En la actualidad aún existe una gran cantidad de regímenes pensionarios de beneficio definido, principalmente proporcionados a trabajadores de gobiernos estatales y municipales, así como de las universidades públicas y empresas paraestatales. Se estima que existen más de 100 diferentes esquemas pensionarios vigentes si se incluyen las reglas especiales para los trabajadores cubiertos en los viejos regímenes y en los reformados.^{147/}

En los últimos años se han registrado reformas en algunos de los entes públicos con obligaciones pensionarias, con el fin de transitar hacia la constitución de un sistema de cuentas individualizadas, ya que la mayoría de los programas pensionarios que éstos manejan serán insostenibles financieramente en el corto plazo, debido al patrón demográfico de sus asegurados (envejecimiento), y porque el pago de pensiones es costado en una parte significativa con recursos fiscales.^{148/}

De hecho, los sistemas de pensiones de contribución definida presentaron en 2013 un déficit actuarial por 3,776,761.9 millones de pesos, ya que el valor de las obligaciones de pago ascendió a 9,167,903.4 millones de pesos, mientras que el valor de los ingresos fue de 5,391,141.5 millones de pesos. El análisis pormenorizado de la situación financiera y actuarial de los regímenes públicos de pensiones se presenta en el cuadro siguiente:

^{146/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Estudios de la OCDE sobre los sistemas de pensiones. México**, 2015.

^{147/} Enrique Valencia Lomelí, David Foust Rodríguez y Darcy Tetreault Weber, **Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI**, CEPAL-ASDI, 2012, Santiago de Chile, pp. 54 y ss. Es importante destacar el crecimiento de otro sector pensionario que incluye los esquemas para el retiro generados por empresas privadas, mediante fondos especiales complementarios o adicionales para el retiro de sus trabajadores.

^{148/} Sin embargo, esta transición al igual que la ya implementada en el IMSS y el ISSSTE, conlleva un costo de transición que deberá ser subsanado con recursos presupuestales. De acuerdo con la CONSAR, el cambio en el régimen pensionario de beneficio definido al de contribución definida tendrá al menos tres costos importantes: 1) el pago de pensiones para los trabajadores asegurados antes de la reforma; 2) la pensión mínima garantizada que establece este modelo; y 3) las aportaciones gubernamentales a las cuentas individuales de los trabajadores. Asimismo, se espera que el costo fiscal vaya incrementándose año con año hasta alcanzar un máximo histórico, el cual coincidirá con la disminución de obligaciones contraídas con los pensionados de los viejos regímenes, para después comenzar a reducirse.

SITUACIÓN FINANCIERA Y ACTUARIAL DE LOS REGÍMENES PÚBLICOS DE PENSIONES, AL CIERRE DE 2013
(Millones de pesos)

Entidades públicas por estrato y grupo	Valor de los activos	Valor de las obligaciones de pago	Déficit o superávit actuarial
Poder Ejecutivo y Poder Legislativo	4,982,014.7	8,531,455.5	(3,549,440.8)
Grupos con situación deficitaria	76,569.7	5,370,293.5	(5,293,723.8)
Secretaría de Hacienda y Crédito Público	0.0	3,256,662.6	(3,256,662.6)
Entidades paraestatales	7,365.9	1,676,625.0	(1,669,259.1)
Sociedades nacionales de crédito	29,817.1	38,811.5	(8,994.4)
Entidades en proceso de liquidación	20,971.2	375,240.8	(354,269.6)
Otras entidades con obligaciones pensionarias	18,415.5	22,953.6	(4,538.1)
Grupo con situación superavitaria	4,905,445.0	3,161,162.0	1,744,283.0
Institutos de seguridad social	4,905,445.0	3,161,162.0	1,744,283.0
Poder Judicial	6,026.3	11,483.5	(5,457.2)
Grupo con situación deficitaria	2,744.6	9,967.8	(7,223.2)
Consejo de la Judicatura Federal	2,744.6	9,967.8	(7,223.2)
Grupo con situación superavitaria	3,281.7	1,515.7	1,766.0
Suprema Corte de Justicia de la Nación	3,281.7	1,515.7	1,766.0
Organismos Constitucionalmente Autónomos	403,100.5	624,964.4	(221,863.9)
Grupo con situación deficitaria	331,598.1	559,338.0	(227,739.9)
Universidades públicas estatales	331,598.1	559,338.0	(227,739.9)
Grupo con situación superavitaria	71,502.4	65,626.4	5,876.0
Banco de México	71,502.4	65,626.4	5,876.0
Total	5,391,141.5	9,167,903.4	(3,776,761.9)

FUENTE: Auditoría Superior de la Federación, **Evaluación número 1203. “Evaluación de la Política Pública de Pensiones y Jubilaciones”**, México, 2015.

En 2013, cinco de los seis grupos de instituciones y entidades de los poderes Ejecutivo y Legislativo que administran regímenes de pensiones reportaron un déficit actuarial de 5,293,723.8 millones de pesos, debido a que el valor de los ingresos de los regímenes que manejan ascendió a 76,569.7 millones de pesos, mientras que el valor de las obligaciones de pago por beneficio definido fue de 5,370,293.5 millones de pesos. El único grupo que reportó un superávit actuarial fue el de los regímenes pensionarios administrados por los institutos de seguridad social, el cual ascendió a 1,744,283.0 millones de pesos, ya que reportó ingresos por un valor de 4,905,445.0 millones de pesos, en tanto que sus obligaciones pensionarias ascendieron a 3,161,162.0 millones de pesos.

En los regímenes pensionarios del Poder Judicial se reportó un déficit actuarial de 5,457.2 millones de pesos, ya que el valor de sus ingresos ascendió a 6,026.3 millones de pesos y el monto de las obligaciones de pago por beneficio definido fue de 11,483.5 millones de pesos.

Para los organismos autónomos, el déficit actuarial (221,863.9 millones de pesos) se debió a que el valor de los ingresos registrados sumaron 403,100.5 millones de pesos, y el valor de las obligaciones de pago por beneficio definido fueron de 624,964.4 millones de pesos.

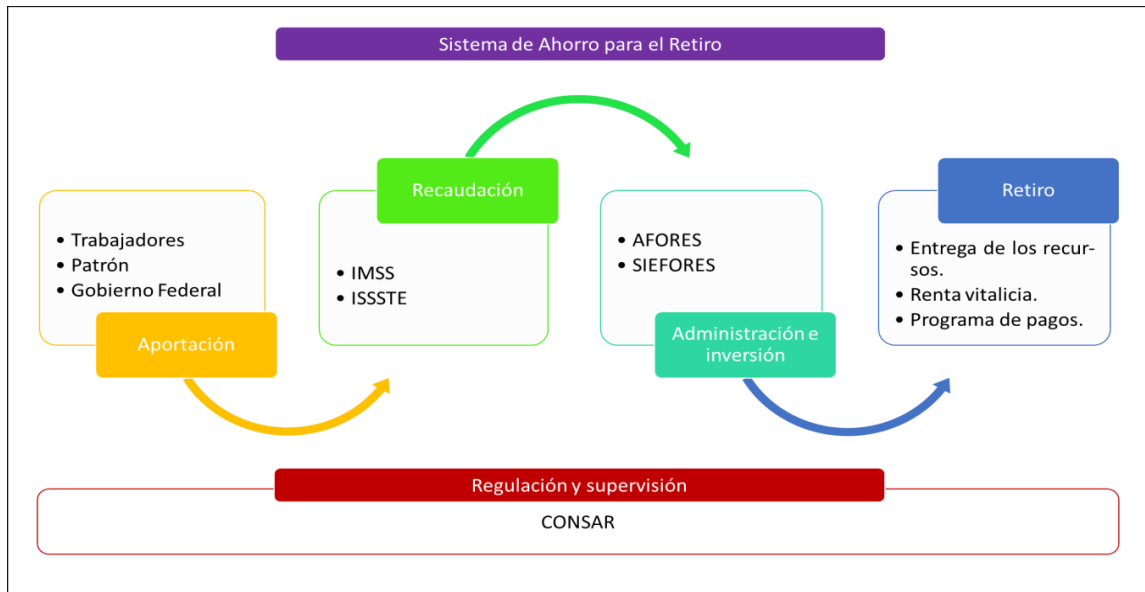
La situación deficitaria de los programas públicos de pensiones del tipo de reparto es inherente al diseño de éstos, ya que la estructura demográfica de la población conduce a un desequilibrio en la relación entre pensionados y trabajadores activos. Lo cual aunado a la falta de reservas actuariales adecuadas han implicado la creciente transferencia de recursos fiscales para poder hacer frente a los compromisos con los pensionados en curso y a un creciente pasivo fiscal contingente. Además, se espera un incremento en los requerimientos de recursos fiscales para hacer frente al compromiso con los trabajadores en transición, a los que se les deberá reconocer los derechos adquiridos en el pasado, así como por los costos derivados de las aportaciones gubernamentales en estos programas y la existencia de la Pensión Mínima Garantizada.^{149/}

➤ Pilar de pensiones contributivas: contribución definida

Este pilar del SNP lo constituye el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), que es el principal instrumento presente y futuro para el financiamiento de los planes pensionarios de los trabajadores del sector privado y del sector público. El SAR debe su forma actual a una reforma a la LSS que entró en vigor en 1997, con la cual se modificó radicalmente la estructura del sistema de pensiones en México, transformándolo de un sistema de beneficios definidos con base en un fondo colectivo, en un sistema de contribución definida y cuentas individuales para trabajadores formales del sector privado afiliados al IMSS. En 2007, se realizó una reforma similar que involucró a los trabajadores del sector público afiliados al ISSSTE, la cual comenzó su operación un año más tarde. La implementación de este pilar se describe en el esquema siguiente:

^{149/} Rafael Rofman, Ignacio Apella y Evelyn Vezza (editores), “México”, en **Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina**, Banco Mundial, Buenos Aires, 2013, pp. 339 y ss.

ESQUEMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO



FUENTE: Elaborado por la ASF a partir de las disposiciones establecidas en la **Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro**, Diario Oficial de la Federación, 23 de mayo de 1996.

El SAR es regulado y supervisado por la CONSAR, y se capitaliza a partir de un modelo de contribuciones tripartitas que son depositadas en cada cuenta individual. Las aportaciones son cubiertas a partes distintas por el trabajador, por el patrón y por el Gobierno Federal según corresponda, y aplica a los conceptos de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), a la cuota social y a las aportaciones voluntarias. Estos recursos son recaudados por las instituciones de seguridad social, quienes los canalizan a las cuentas individuales de los trabajadores manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) e invertidos en diversas Sociedades de Inversión (SIEFORES) de acuerdo con la edad del cotizante. El detalle del nivel de contribución se muestra a continuación:

ESQUEMA DE CONTRIBUCIONES DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (Porcentajes del salario o pesos diarios, excepto cuando se indica otra unidad)				
Trabajadores Afiliados al IMSS ^{1/}				
Concepto	Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Retiro	2.000	n. a.	n. a.	2.000
Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.150	1.125	0.225	4.500
Cuota Social ^{2/}	n. a.	n. a.	4.08 - 4.89 diarios	4.08 - 4.89 diarios
Vivienda	5.000	n. a.	n. a.	5.000
Trabajadores Afiliados al ISSSTE ^{3/}				
Concepto	Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Retiro	2.000	6.125	n. a.	8.125
Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.175	n. a.	n. a.	3.175
Cuota Social ^{4/}	n. a.	n. a.	4.08 diarios	4.08 diarios
Ahorro Solidario ^{5/}	n. a.	Hasta 2.000	Hasta 6.500	Hasta 8.500
Vivienda	5.000	n. a.	n. a.	5.000

FUENTE: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015.

1/ Porcentajes del salario base de cotización.

2/ Esta cantidad se aporta por cada día de salario cotizado y se actualiza trimestralmente conforme a la inflación.

3/ Porcentajes del salario integrado.

4/ La cuota social equivale a 5.5% del Salario Mínimo General en el Distrito Federal vigente a julio de 1997 actualizado trimestralmente conforme al INPC.

5/ De acuerdo con la LISSSTE, el trabajador puede aportar de forma voluntaria, ya sea 1.0% o 2.0% de su salario; a cambio el Gobierno Federal aportará 3.25 o 6.50 pesos, respectivamente, por cada peso que aporte el trabajador.

El nivel de contribución varía de acuerdo con la institución de seguridad social a la que esté afiliado el trabajador; para aquellos que cotizan al IMSS, las aportaciones totales son de 6.5% del salario base, mientras que para los cotizantes al ISSSTE son de 11.3%. El Gobierno Federal aporta una cuota social progresiva en el caso de los trabajadores del sector privado y estándar para los del sector público. Además, el patrón aporta 5.0% para vivienda; sin embargo, estos recursos son administrados por el Instituto del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) o el Fondo de la Vivienda del ISSSTE (FOVISSSTE), según la afiliación del trabajador.

Actualmente, el SAR se integra por 11 AFORES, las cuales manejan un total de 52,728.0 miles de cuentas para el retiro, de las cuales 36,029.0 miles (68.3%) son cuentas en que existió una relación contractual entre los trabajadores y la administradora, y 16,700.0 miles (31.7%) correspondieron a cuentas que fueron asignadas a las AFORES, conforme a diversos criterios reglamentarios, entre ellos el del rendimiento.

Las AFORES ofrecen cinco SIEFORES Básicas. De acuerdo con la regulación, los recursos de las cuentas individuales son invertidos en la SIEFORE que le corresponde a cada trabajador, de acuerdo con su edad. Las SIEFORES mantienen una cartera de inversión diversificada, compuesta principalmente de valores del gobierno (de renta fija), instrumentos de renta

variable (bolsas de valores nacionales e internacionales), títulos que financian proyectos de infraestructura a nivel nacional y bonos de empresas privadas.^{150/}

➤ **Pilar de ahorro voluntario**

De manera adicional al ahorro obligatorio, existe un pilar de ahorro voluntario que no sólo representa un complemento para los pilares anteriores, sino que puede constituir el elemento decisorio para una mayor pensión. Este pilar funciona para los trabajadores del sector privado formal y del sector público, aunque también funciona para aquellos que se encuentran en el sector informal o son independientes, con el propósito de que puedan incrementar las aportaciones a sus cuentas de ahorro para el retiro por medio de aportaciones voluntarias. Además, existen otras modalidades de ahorro voluntario que no están incorporados al SAR, con las cuales los trabajadores pueden incrementar sus recursos para la vejez, como son los planes de pensiones ocupacionales que algunas empresas ofrecen a sus empleados.

Considerando que la estructura del sistema de pensiones de contribución definida depende principalmente del autofinanciamiento, el pilar del ahorro voluntario adquiere mayor relevancia para incrementar la probabilidad de una mayor pensión en la vejez. Sin embargo, el incremento del ahorro voluntario está determinado por dos factores correlativos: 1) los incentivos fiscales y apoyos gubernamentales y del sector privado; 2) así como del grado de educación financiera y de conocimiento y expectativas que los trabajadores tienen sobre las necesidades que tendrán después del retiro.^{151/}

En síntesis, la implementación del SNP presentó deficiencias consecuentes con las que fueron identificadas en su diseño normativo e institucional, ya que este sistema se integró por una serie de pilares desarticulados y aislados entre sí. Cada pilar cuenta con mecanismos y objetivos específicos para atender a su población beneficiaria, y sólo existe regulación específica para los pilares correspondientes a las pensiones contributivas y parte del correspondiente al ahorro voluntario. A pesar de que la CONSAR realizó acciones en materia de regulación y supervisión sobre la operación del SAR, actualmente no existe una institución que integre, coordine y vigile la sostenibilidad del pago de la seguridad social en el largo plazo de los cuatro pilares que integran al SNP.

^{150/} Consejo Nacional de Inclusión Financiera, **Reporte de Inclusión Financiera 6**, México, 2014, p. 153.

^{151/} Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Informe Trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la Situación del SAR, correspondiente al cuarto trimestre de 2014**, p. 28.

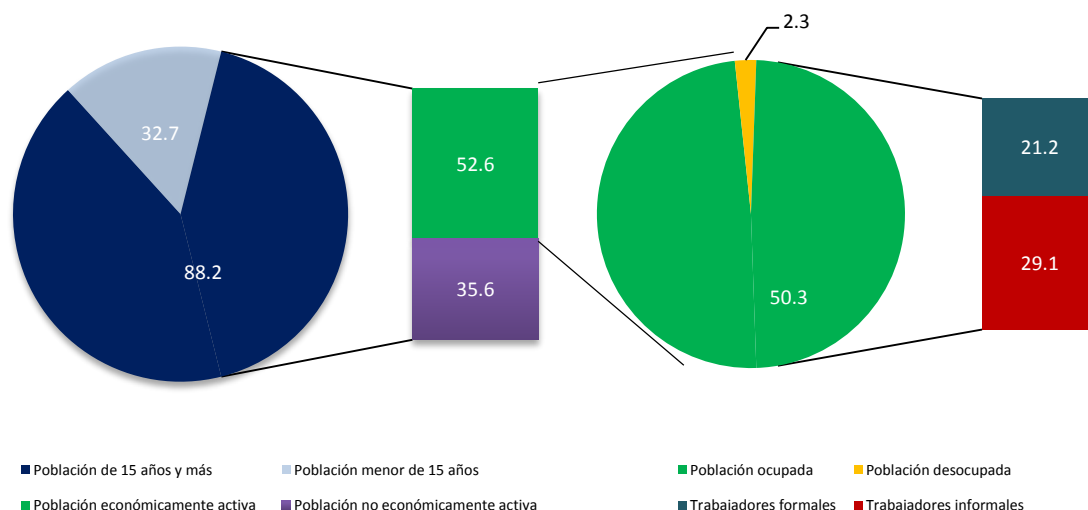
➤ Cobertura del sistema de ahorro para el retiro

Un aspecto importante que determina la calidad de vida de las personas en la vejez es el nivel de ingresos que tendrán después de concluir su participación laboral, el cual dependerá preponderantemente de la pensión que cada uno pueda recibir. Sin embargo, el sistema de pensiones se enfrenta a dos problemas fundamentales que se incrementarán según avance el envejecimiento poblacional: la cobertura y la suficiencia. El primero, en virtud de que la previsión social en materia pensional sólo está asegurada para los trabajadores asalariados, independientemente del régimen pensionario asignado, tal que les permitió ahorrar para su retiro, por lo que el sistema de pensiones deja fuera a sectores de la población que habitualmente no trabajan en la formalidad o que incluso su trabajo no es reconocido como tal (los trabajadores del sector rural y las personas que se dedican al trabajo doméstico constituyen los grupos más vulnerables), por lo que queda a expensas de la asistencia social o de la solidaridad familiar.^{152/}

La cobertura del actual SAR está limitada por la dinámica económica y la oferta de empleo, ya que la mayoría de los trabajadores que cuentan con una cuenta individual en alguna AFORE se encuentran afiliados a algún instituto de seguridad social, aun cuando existe la posibilidad de que los trabajadores independientes e informales también capitalicen sus recursos para el retiro. En México, la proporción de personas en edad productiva y que aportan a su cuenta individual es apenas superior al 20.0%, como se muestra a continuación:

^{152/} Mariano Bosch, Ángel Melguizo y Carmen Pagés, **Mejores trabajos, mejores pensiones: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe**, Banco Interamericano de Desarrollo, 2013, pp. 2 y ss.

COBERTURA ESTIMADA DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO AL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2015
(Millones de personas)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015.

A mediados de 2015, se estimaba que de los 120.9 millones de personas que componían la población total del país, 88.2 millones (73.0%) tenían 15 años o más de edad. Del total de las personas en edad productiva, 52.6 millones (59.6%) correspondía a la población económicamente activa (PEA)^{153/} y 35.6 millones (40.4%) a la población no económicamente activa (PNEA).^{154/} Asimismo, 50.3 millones de personas (95.6%) de la PEA era población ocupada (PO),^{155/} mientras que los 2.3 millones (4.4%) restantes pertenecían a la población desocupada (PD). Dentro de la PO, únicamente 21.2 millones (42.1%) eran trabajadores del sector formal, y 29.1 millones (57.9%) laboraban en la informalidad. Lo anterior significa que cerca de la mitad de los trabajadores de la PO no tenía acceso a la seguridad social, y que menos de una cuarta parte de las personas en edad productiva se encontraba en esta condición.

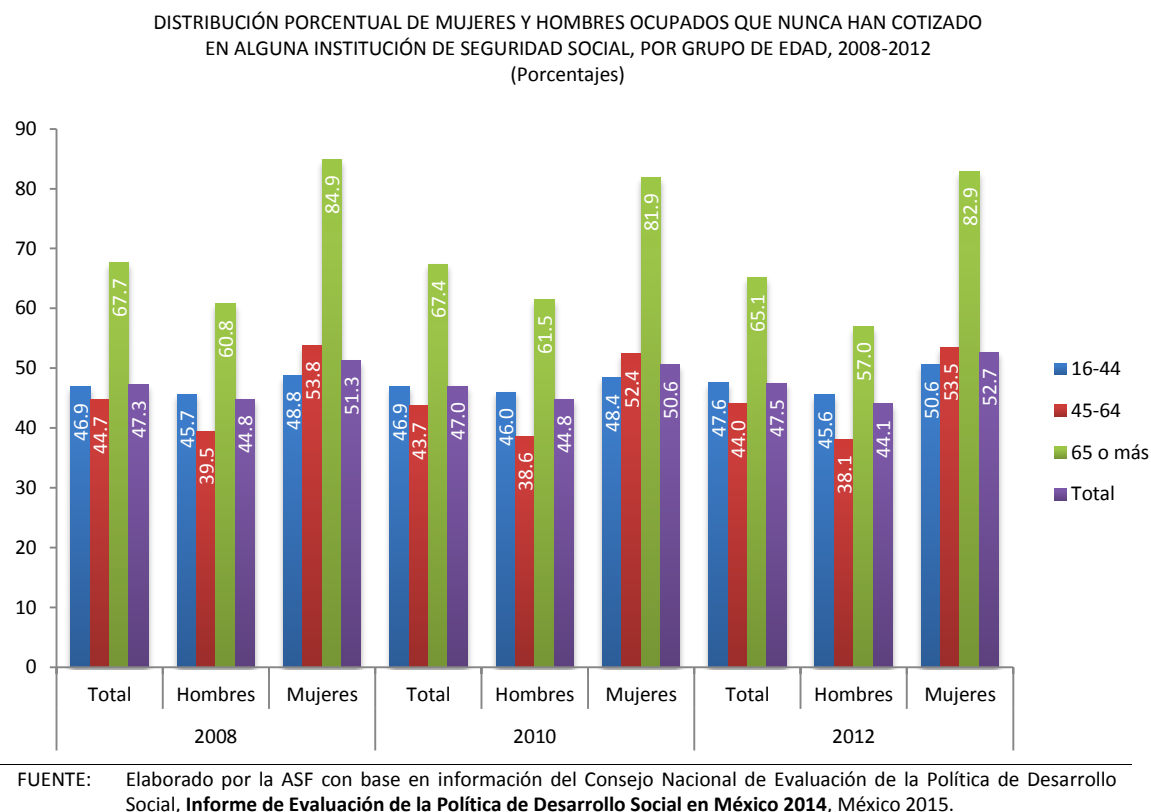
El desempleo, el empleo informal y la inestabilidad laboral contribuyen a los altos índices de personas que nunca han cotizado a alguna institución de seguridad social, lo que crea una

^{153/} Se refiere a las personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo**, Glosario.

^{154/} Personas que durante el periodo de referencia no realizaron ni tuvieron una actividad económica, ni buscaron desempeñar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo**, Glosario.

^{155/} Se refiere a las personas que durante la semana de referencia realizaron algún tipo de actividad económica estando en cualquiera de las siguientes situaciones: 1) trabajando por lo menos una hora o un día, para producir bienes y/o servicios de manera independiente o subordinada, con o sin remuneración, y 2) ausente temporalmente de su trabajo sin interrumpir su vínculo laboral con la unidad económica. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo**, Glosario.

situación de vulnerabilidad e incertidumbre para los periodos de enfermedad y, particularmente, para la vejez. En 2012, el 44.1% de los hombres no cotizaba y nunca lo había hecho para ninguna institución de seguridad social; este porcentaje se incrementó a 52.7% para el caso de las mujeres. Lo anterior se detalla en la gráfica siguiente:



En 2008, 2010 y 2012, el grupo de las personas de 65 años y más presentaron el menor nivel de cotización, el cual fue, en promedio, más de 20 puntos porcentuales mayor para las mujeres que para los hombres; en estos años, más del 80.0% de población femenina nunca había cotizado a alguna institución de seguridad social.

En 2012, la proporción de personas en edad productiva que estuvieron ocupadas y que nunca habían cotizado era de 47.6% para las edades entre 16 y 44 años, así como de 44.0% para las personas de entre 45 y 64 años. En estos rangos de edad también se presentó una brecha de género que evidenció la mayor vulnerabilidad de las mujeres: la diferencia entre hombres y mujeres para el primer grupo fue de 5 puntos porcentuales, y para el segundo alcanzó los 15.4 puntos.

Sin embargo, el problema no se limita a la baja participación de los trabajadores activos que aportan al sistema pensionario, sino que esta situación se agudiza porque a menudo las contribuciones son demasiado irregulares para financiar pensiones suficientes para la vejez en la mayoría de la población;^{156/} por ejemplo, un porcentaje importante de la población (del 25.0% para el caso mexicano) no mantiene regularidad en el mercado formal, lo que los obliga a pasar a la informalidad, el desempleo o la inactividad.^{157/} El detalle de esta información se presenta en el cuadro siguiente:

TRANSICIONES DE LOS TRABAJADORES FORMALES TRANSCURRIDO UN AÑO, 2014
 (Porcentajes)

País	Total	Formalidad	Inactivos	Desempleados	Trabajo Independiente	Trabajadores asalariados informales
Ecuador	100	85	3	1	4	7
Argentina	100	83	5	3	2	7
Bolivia	100	81	3	2	3	11
Promedio	100	79	5	3	4	9
Perú	100	79	3	3	7	8
Venezuela	100	78	5	3	7	7
Colombia	100	75	6	7	4	9
México	100	75	7	2	3	13

FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015.

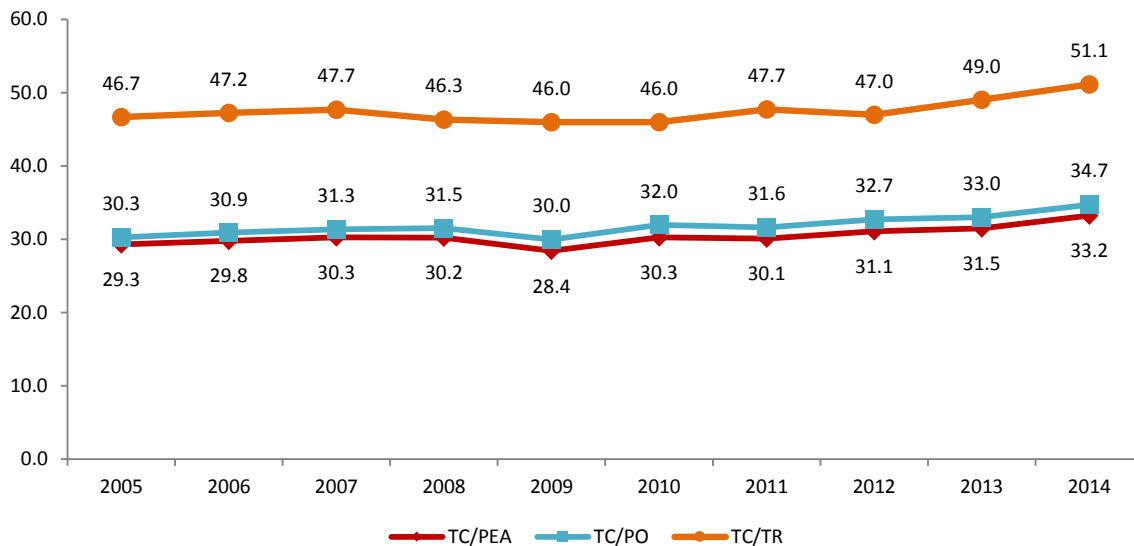
La fragilidad del mercado laboral para retener a los trabajadores en la formalidad obliga a éstos a transitar frecuentemente entre empleos formales e informales, y además entre empleos asalariados e independientes. En México, el 25.0% de los empleados se movió hacia la inactividad (7.0%), el desempleo (2.0%), el trabajo independiente (3.0%), o directamente hacia empleos informales con salario (13.0%) durante un periodo de dos años; esta situación revela que uno de cada cuatro trabajadores formales tiende a moverse cada año hacia puestos con contribuciones menos frecuentes o sin contribución.

Por ello, para medir de forma más aproximada la cobertura efectiva del SAR, en relación con el número de personas que cuenta con seguridad social y contribuyen a la capitalización de una cuenta para el retiro, se utiliza el cociente resultante de dividir el número trabajadores cotizantes al IMSS entre los distintos indicadores del mercado laboral. Lo anterior se precisa en la gráfica siguiente:

^{156/} A esto se refiere el concepto de densidad de contribución: total de años cotizados al sistema de ahorro para el retiro como proporción del total de años laborados. Este concepto de densidad está influido por la estructura y las condiciones del mercado laboral. En la medida en que un trabajador se desempeña en la informalidad laboral, su densidad será menor y consecuentemente también su tasa de reemplazo.

^{157/} Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, **op. cit.**, México, 2013, p. 21.

TASAS DE COBERTURA DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE TRABAJADORES
 COTIZANTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2005-2014
 (Porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF a partir de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2014**.

Nota: Cifras correspondientes al cierre de cada año.

TC/PEA: Trabajadores cotizantes / población económicamente activa.

TC/PO: Trabajadores cotizantes / población ocupada.

TC/TR: Trabajadores cotizantes / trabajadores remunerados.

Los datos analizados muestran que el porcentaje de trabajadores remunerados que cuentan con seguridad social y que cotizaron en el IMSS creció 4.4 puntos porcentuales, al pasar de 46.7 a 51.1% entre 2005 y 2014. Las relaciones entre el número de trabajadores cotizantes y la PEA y la PO también presentaron un crecimiento de 4.4 y 3.9 puntos porcentuales, respectivamente, al pasar de 30.3 a 34.7% en el primer caso, y de 29.3 a 33.2%, en el segundo. Sin embargo, el nivel de cobertura al cierre del periodo aún continúa siendo bajo, ya que sólo la mitad de las personas que recibe algún ingreso por su actividad económica aporta al Sistema de Ahorro para el Retiro; esta situación se agrava para las personas ocupadas y para las económicamente activas, de las cuales sólo 3 de cada 10 contribuye a la capitalización de las cuentas pensionarias.

En comparación con el ámbito internacional, México tiene una cobertura cercana a la mediana respecto de otros países latinoamericanos, pero se ubica en el último lugar de cobertura, respecto de los países miembros de la OCDE, como se muestra en el cuadro siguiente:

COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 2014
(Porcentajes)

Países seleccionados de la OCDE	Número de cotizantes / PEA	Países latinoamericanos	Número de cotizantes / PEA
Holanda	100.0	Uruguay	66.8
Suecia	92.8	Costa Rica	66.5
Japón	84.9	Brasil	52.0
Estados Unidos	78.5	Panamá	49.1
Reino Unido	71.4	Argentina	47.8
Australia	69.6	Colombia	32.7
Canadá	68.4	Ecuador	30.4
Francia	66.2	El Salvador	28.6
España	66.0	República Dominicana	25.0
Alemania	59.9	Perú	18.5
Portugal	58.6	Paraguay	16.9
Italia	58.2		
Chile	40.4		
México ^{1/}	33.1		

FUENTE: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015.

1/ Para el dato de cotizantes en México se utilizó la información de trabajadores afiliados al IMSS al cierre de 2014.

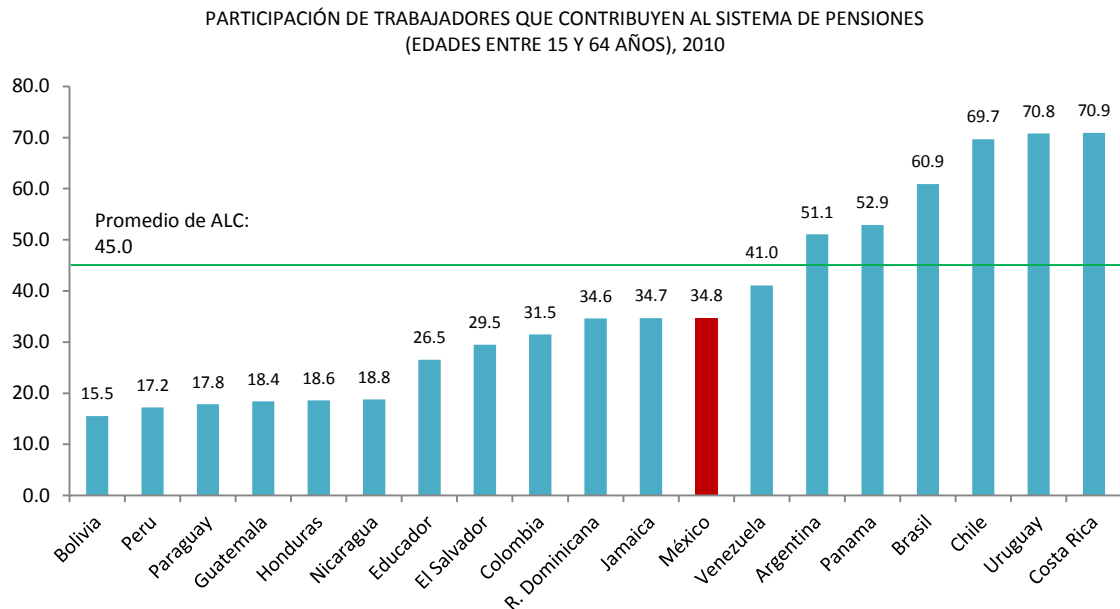
En el contexto latinoamericano, México registró una cobertura mayor que la de países como Paraguay (16.9%) y Perú (18.5%); similar a la de Colombia (32.7%) y Ecuador (30.4%), pero muy inferior a la alcanzada por Uruguay (66.8%) o Costa Rica (66.5%), con quienes tuvo una diferencia en la cobertura de la seguridad social de 33.7 y 33.4 puntos porcentuales, respectivamente. En relación con sus pares de la OCDE, México tuvo la cobertura de protección social más baja, la cual fue menor en 66.9 puntos porcentuales si se compara con Holanda, quien alcanzó la seguridad social universal para su PEA.

El rezago de cobertura en materia de seguridad social que enfrenta la población en edad productiva que observó el país en comparación con los países miembros de la OCDE, e incluso con sus pares latinoamericanos, quienes presentan un nivel de desarrollo económico similar, evidenció no sólo la fragilidad e insuficiencia del mercado laboral para brindar oportunidades de empleo formal a la PEA, sino que señala la vulnerabilidad que vive casi el 70.0% de esta población al carecer de seguridad social en el presente y de un esquema pensionario para garantizar una fuente de ingreso mínimo y permanente en el futuro.

La cobertura del SNP está directamente relacionada con la formalidad del empleo, ya que ésta es condición para contar con los beneficios de la seguridad social, incluidas las contribuciones pensionales acumulativas, en la mayoría de los casos.^{158/} El comparativo del porcentaje de

^{158/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015, p. 16.

personas que contribuyen al pago de pensiones en América Latina y el Caribe se muestra a continuación:



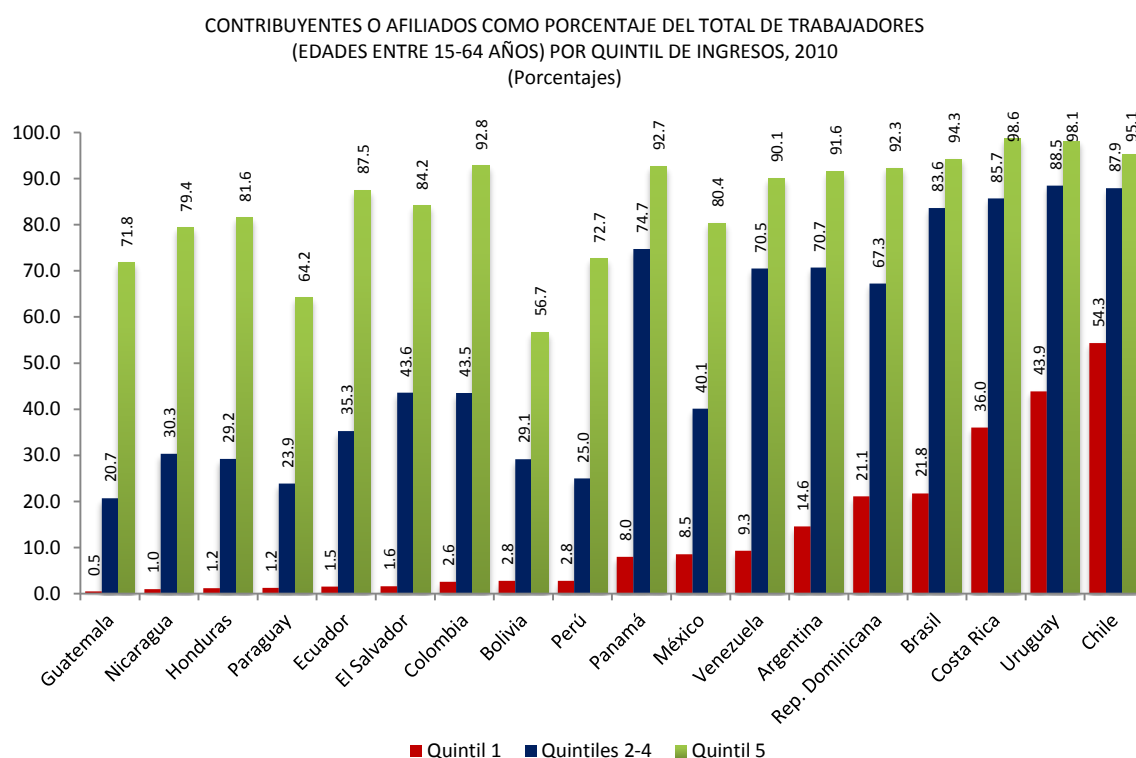
FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015.
 ALC: América Latina y el Caribe.

Los datos señalan que en México el porcentaje de trabajadores que aportan al sistema de pensiones es de 34.8%, respecto del total de trabajadores activos; esto lo ubica 19.3 puntos porcentuales por encima de Bolivia (15.5%), país que tiene la menor participación de la muestra analizada, pero debajo del promedio de América Latina y el Caribe (45.0%) en 10.2 puntos porcentuales, y 36.1 puntos, por debajo de Costa Rica (70.9%), que reporta la mayor participación en este indicador.

La situación se agudiza entre los trabajadores con los ingresos más bajos, ya que sólo el 8.5% de los trabajadores con más bajos ingresos (correspondientes al primer quintil de ingreso) contribuye a los esquemas pensionales, en contraste con el 80.4% de los trabajadores de mayores ingresos (que incluye a los empleados del quintil superior) que sí participan en la aportación al sistema pensional. La clase media (quintiles 2 a 4) tiene una participación de 40.1% en los esquemas pensionales. Asimismo, la brecha en la tasa de contribuciones pensionales que existe entre las personas de menor ingreso y las de ingreso medio, en relación con las de mayor ingreso, alcanzó los 40.3 y 71.9 puntos porcentuales, respectivamente, lo que

muestra la relación entre bajos niveles de contribución y bajos ingresos de los trabajadores.^{159/}

Lo anterior se presenta en la gráfica siguiente:



FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015.

En el contexto latinoamericano, México presenta niveles importantes de vulnerabilidad para la población de menores ingresos, ya que menos del 10.0% de las personas de este quintil de ingreso contribuyen a los esquemas pensionales, mientras que en Chile esta proporción alcanza a más de la mitad de los trabajadores del quintil 1.

Esta situación tampoco es muy favorable para los trabajadores de ingreso medio, toda vez que sólo el 40.0% de estos trabajadores aporta para la capitalización de algún esquema de pensión; en contraste, para países como Venezuela, Panamá, Argentina, Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Uruguay y Chile el porcentaje de trabajadores contribuyentes de los quintiles 2 a 4 se encuentra entre el 70.5% y el 87.9%. Estos datos evidenciaron que la clase media también es vulnerable a los riesgos de pobreza durante la vejez, ya que la mayoría de estas personas no son capaces de realizar suficientes contribuciones para garantizar el pago de una pensión.

^{159/} Ibid., pp. 18 y 19.

4.3.1.1 Cuentas individuales para el retiro en el SAR

Al cierre de 2014, el SAR se integró por un total de 52,728.4 miles de cuentas individuales para el retiro, como se muestra en el cuadro siguiente:

CUENTAS INDIVIDUALES ADMINISTRADAS POR LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS PARA EL RETIRO, 2002-2014
 (Miles de cuentas)

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TMCA
Trabajadores Registra- dos ^{1/}	21,068.0	22,204.7	23,380.8	24,466.7	25,657.4	25,645.4	26,685.3	27,782.5	29,203.3	30,454.1	31,900.5	33,918.3	36,028.5	4.6
Trabajadores IMSS ^{2/}	21,068.0	22,204.7	23,380.8	24,466.7	25,653.5	25,614.0	26,392.2	27,184.3	28,143.4	29,280.6	30,638.5	32,536.2	34,542.4	4.2
Trabajadores ISSSTE ^{3/}	n. a.	n. a.	n. a.	n. s.	3.4	17.6	247.5	505.3	878.1	961.8	1,032.5	1,123.4	1,222.9	n. a.
Trabajadores Indepen- dientes ^{4/}	n. a.	n. a.	n. a.	n. s.	0.5	13.8	45.6	92.9	181.8	211.7	229.5	258.7	263.2	n. a.
Trabajadores Asigna- dos ^{5/}	8,353.2	9,193.6	9,935.6	10,809.6	11,755.3	12,917.6	12,607.1	12,108.8	12,032.8	12,058.2	16,630.0	16,960.1	16,699.9	5.9
En SIEFORES ^{6/}	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	11,379.4	10,634.6	10,492.6	n. a.
En BANXICO ^{7/}	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	5,250.5	6,325.5	6,207.3	n. a.
Total de Cuentas Ad- ministradas ^{8/}	29,421.2	31,398.3	33,316.4	35,276.3	37,412.7	38,563.0	39,292.4	39,891.3	41,236.1	42,512.3	48,530.5	50,878.4	52,728.4	5.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Información Estadística**. Disponible < http://www.consar.gob.mx/principal/estadisticas_sar.aspx >.

NOTA: Las cifras corresponden al cierre de diciembre de cada año.

1/ Corresponde a los trabajadores que se registraron en una AFORE, mediante la firma de un contrato con una AFORE para que administre los recursos de su cuenta individual, Incluye a los

2/ trabajadores de la AFORE PENSIONISSSTE.

Trabajadores que están registrados en una AFORE y que cuentan con un Número de Seguridad Social. Dichos trabajadores han cotizado por lo menos un bimestre al IMSS.

3/ A partir de septiembre de 2013 se reportan trabajadores que únicamente han cotizado al ISSSTE y no cuentan con NSS.

4/ Trabajadores que alguna vez cotizaron de manera independiente y que se registraron en una AFORE sin haber cotizado ni al IMSS ni al ISSSTE.

5/ Trabajadores que no están registrados en una AFORE y que fueron asignados en una para que administre sus recursos.

6/ Trabajadores Asignados que tienen una cuenta individual en AFORE y que sus recursos están depositados en SIEFORES.

7/ Trabajadores Asignados que tienen una cuenta individual en AFORE y que sus recursos están depositados en BANXICO.

8/ A partir de enero de 2012 incluye cuentas pendientes de ser asignadas.

n. a.: No aplicable.

n. s.: No significativo.

Entre 2002 y 2014, el número de cuentas individuales que se registraron en el SAR tuvo un crecimiento de 79.2%, de 29,421.2 a 52,728.4 miles de cuentas, a un ritmo de crecimiento anual de 5.0%. Del total de cuentas existentes en el último año, 36,028.5 miles (68.3%) correspondieron a cuentas registrados y 16,699.9 miles, a cuentas asignadas (31.7%); esta situación evidenció que aún existe un porcentaje importante de trabajadores, 3 de cada 10, que no escogió la AFORE y, por tanto, es probable que desconozcan la existencia de su cuenta ahorro, los mecanismos de ahorro voluntario y la importancia de este esquema pensionario para garantizar la seguridad económica durante la vejez.

En 2014, de los trabajadores con una cuenta individual registrada, los que estaban afiliados en algún instituto de seguridad social concentraron el 99.3% de éstas, los trabajadores inscritos en el IMSS representaron al 95.9% de la cuentas registradas, en tanto que los incorporados al ISSSTE constituyeron el 3.4%. El 0.7% de estas cuentas pertenece a trabajadores independientes. Este último dato revela que a pesar de que este segmento de población ha tenido la mayor tasa de crecimiento anual, respecto del número de trabajadores que tienen un fondo para el retiro, el actual sistema de contribución definida continúa ofreciendo escaso acceso a las personas que no están afiliadas a la seguridad social.

Aun cuando el número de cuentas que administran las AFORES mantuvo un incremento constante en el periodo de referencia, al cierre de 2014 existían 29,272 miles de cuentas inactivas; desde 2011 no recibieron aportaciones obligatorias ni voluntarias para la capitalización de las pensiones de los trabajadores propietarios. Esta cantidad representó el 55.5% del total de los fondos para el retiro.

La elevada proporción de trabajadores que carecen de acceso al esquema de contribución para el retiro constituye un riesgo para la sostenibilidad del SNP en el futuro, en virtud de que esos trabajadores generarán un costo adicional y creciente para el Estado cuando alcancen la adultez mayor y demanden servicios de seguridad social. Además, evidencia las limitaciones y debilidades del actual diseño institucional, ya que no ha logrado incentivar la incorporación de las personas que laboran de forma independiente o en el sector informal de la economía.

➤ Cobertura de los sistemas de pensiones contributivas en curso de pago

La cobertura (medida como porcentaje de adultos mayores con acceso a una pensión) en México es baja. De acuerdo con los datos reportados en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, sólo una cuarta parte de los 11,271.9 miles de adultos de 60 años y más se encontraban pensionados (26.1%) en 2013; este porcentaje fue casi dos veces mayor para los hombres (35.0%) que para las mujeres (23.4%). Lo anterior se detalla en el cuadro siguiente:

COBERTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES PARA LA POBLACIÓN
 MAYOR DE 60 AÑOS, POR TIPO DE PENSIÓN Y SEXO, 2013
 (Miles de personas y porcentajes)

Concepto	Hombres		Mujeres		Total	
	Pensionados	%	Pensionados	%	Pensionados	%
Jubilación o tiempo de servicio	865.1	47.3	342.3	30.6	1,203.30	40.9
Retiro, vejez o cesantía en edad avanzada	788.3	43.1	214.8	19.2	997.3	33.9
Viudez	1.8	0.1	506.7	45.3	514.8	17.5
Accidente o enfermedad de trabajo	86	4.7	21.3	1.9	105.9	3.6
Accidente o enfermedad de trabajo sin relación laboral	42.1	2.3	12.3	1.1	53	1.8
Otro ^{1/}	5.5	0.3	12.3	1.1	20.6	0.7
Total	1,788.8	97.8	1,109.7	99.2	2,894.9	98.4

FUENTE: Elaborado por la ASF a partir de información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Estadísticas a propósito del... “Día internacional de las personas de edad (1 de octubre)”**, México, 2014 y Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

Nota 1: Los valores absolutos de personas adultas mayores son aproximados.

Nota 2: El total de los porcentajes por tipo de pensión no suman el 100.0%, debido a valores no especificados.

Los datos muestran que el 47.3% de las pensiones otorgadas a hombres mayores fue por jubilación o tiempo de servicio; 43.1%, por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada, y el 4.7%, por accidente o enfermedad de trabajo. La configuración de las pensiones otorgadas a mujeres adultas mayores mostraron un cambio radical, ya que el 45.3% de ellas estaba pensionada por viudez; 30.6%, por jubilación o tiempo de servicio, y solamente 19.2%, por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada.

En México existe aún una gran cantidad de sistemas de pensiones de tipo contributivo que operan bajo el esquema de beneficio definido y que se encuentran en curso de pago. La mayoría de los adultos mayores beneficiados por este tipo de pensiones fueron los que estuvieron afiliados en alguna institución de seguridad social. El número y monto de las

pensiones otorgadas por los dos principales institutos de seguridad social entre 2002 y 2014 se muestra en el cuadro siguiente:

COBERTURA DE LAS PENSIONES OTORGADAS POR LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO, 2002-2014
 (Miles de personas, porcentajes y pesos)

Año	Población de personas adultas mayores	Personas adultas mayores pensionados	Cobertura	IMSS		ISSSTE	
				Pensionados	Monto	Pensionados	Monto
2002	7,989.1	1,068.3	13.4	790.7	n. d.	277.6	7,434.8
2003	8,230.8	1,147.8	13.9	850.3	3,777.1	297.5	8,487.2
2004	8,480.5	1,229.7	14.5	909.9	3,892.8	319.8	7,741.1
2005	8,734.5	1,308.1	15.0	964.5	3,977.7	343.6	8,024.5
2006	8,996.2	1,391.3	15.5	1,024.4	4,012.3	366.9	8,184.2
2007	9,273.4	1,480.7	16.0	1,089.1	4,119.4	391.6	8,451.9
2008	9,566.2	1,586.6	16.6	1,162.8	4,214.3	423.8	8,710.9
2009	9,873.5	1,694.5	17.2	1,236.0	4,470.3	458.5	9,258.9
2010	10,195.8	1,805.7	17.7	1,305.6	4,580.5	500.1	9,575.2
2011	10,534.5	1,925.5	18.3	1,391.1	4,739.2	534.4	9,786.1
2012	10,893.4	2,048.8	18.8	1,480.2	4,934.5	568.6	10,138.9
2013	11,271.9	2,180.7	19.3	1,575.7	5,211.5	605.0	10,631.9
2014	11,669.4	2,329.4	20.0	1,680.7	5,369.0	648.7	10,879.8
TC	46.1	118.1	49.3	112.6	42.1	133.7	46.3
TMCA	3.2	6.7	3.4	6.5	3.2	7.3	3.2

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014; así como por información proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el oficio núm. 095280614B30/1437 del 31 de agosto de 2015, y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mediante el oficio núm. 120.123.6/000500/2015/8 del 29 de septiembre de 2015.

Nota: Cifras actualizadas a precios de 2014 con el deflactor implícito del PIB.

1/ Se refiere al promedio per cápita resultado de dividir el presupuesto asignado para el pago de pensiones entre el número de personas pensionadas.

n. d.: No disponible.

TC: Tasa de crecimiento simple.

TMCA: Tasa media de crecimiento anual.

La cobertura pensionaria del IMSS y del ISSSTE, en relación con la población de adultos de 60 años y más en el periodo 2002-2014 creció 118.1%, al incrementar el número de pensionados de 1,068.2 a 2,329.4 miles de personas, a un ritmo de crecimiento anual de 6.7%; la cobertura de estos institutos aumentó en 6.6 puntos porcentuales, al pasar de 13.4 a 20.0%. En el IMSS, el número de pensionarios fue ligeramente menor, el cual fue de 112.6%, mientras que en el ISSSTE el total de personas con acceso a este esquema de seguridad social se incrementó 133.7%. No obstante, el peso relativo del IMSS en el número de pensiones otorgadas fue mayor, ya que éste concedió el 72.2% del total de las pensiones para adultos mayores que fueron pagadas en el periodo; el ISSSTE otorgó el restante 27.8%.

Los datos mostraron que 7 de cada 10 personas de 60 años y más, pensionadas entre 2002 y 2014 por algún instituto de seguridad social, laboraron en el sector privado y que sistemáticamente, el monto de la pensión a que éstas accedieron fue inferior al de sus pares del sector público. Para 2014, el monto promedio de las pensiones pagadas a los trabajadores del sector privado (5,369.0 pesos) fue de alrededor de la mitad de la pensión pagadas a los empleados del sector público (10,879.8 pesos).

En términos generales, la cobertura del SNP presentó resultados contrapuestos entre los pilares que lo componen. El pilar contributivo de beneficios definidos y el no contributivo acrecentaron su cobertura. En el primer caso, debido al aumento de trabajadores que, amparados en los anteriores regímenes pensionarios, tienen derecho a demandar el otorgamiento de una pensión en su vejez; incremento que se prolongará hasta que haya alcanzado la edad de retiro el último trabajador con acceso a este esquema de protección social. Aunque la cobertura de este pilar estará restringida a las trabajadores del sector formal que cumplan con los requisitos previstos por la seguridad social.

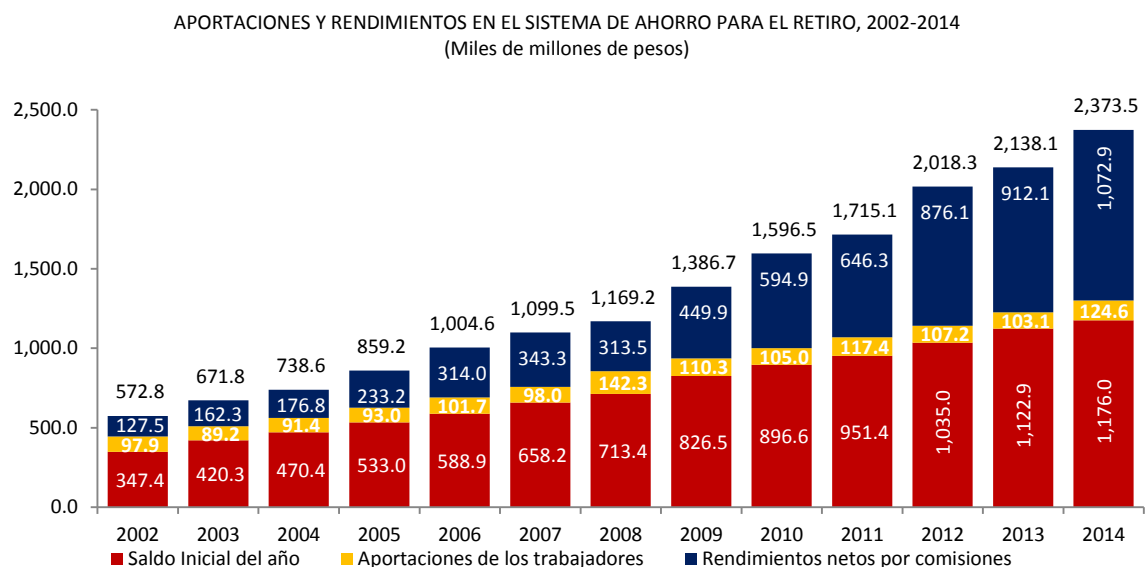
En el segundo caso, el incremento de las pensiones sociales ha sido consecuencia del fortalecimiento de los programas de transferencias económicas a las personas adultas mayores y de la ampliación de la población objetivo que atienden; para este pilar también se espera una tendencia creciente aunque de mayor aceleración, ya que el número de personas que anualmente sobrepasarán los 60 años sin los beneficios de la seguridad social y en condiciones socioeconómicas desfavorables se incrementará de forma importante. Esta tendencia en la cobertura no contributiva podría incrementarse más rápido con la aprobación de la Ley de Pensión Universal.

En el pilar de contribución definida persiste la baja cobertura, ya que menos de una cuarta parte (24.0%) de las personas en edad productiva son trabajadores formales con la posibilidad de cotizar en el SAR, y sólo poco más de la mitad (51.1%) de los trabajadores remunerados tienen acceso efectivo a una cuenta para el retiro. Esta situación representa un riesgo importante para la sostenibilidad de la seguridad social de las siguientes generaciones de personas adultas mayores, ya que un porcentaje importante de la población no habrá capitalizado recursos para su retiro, se verá expuesta a la falta de ingreso durante su vejez y, paralelamente, se incrementará la exigencia de acceder a una pensión social.

➤ Capitalización de las cuentas de ahorro en el SAR

Bajo el esquema de pensiones de contribución definida, el beneficio que recibirá un trabajador al final de su vida laboral dependerá de los recursos acumulados y capitalizados en la cuenta individual, que serán determinados por el nivel de contribución y su crecimiento, la inversión y rendimientos obtenidos por las SIEFORES, así como por las comisiones y la densidad de cotización.

El detalle del rendimiento y de las aportaciones observado en las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores del SAR que fueron manejados por las AFORES entre 2002 y 2014 se presenta a continuación:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Informe Anual de Labores de la CONSAR 2014**.

Nota 1: Cifras al cierre de cada año.

Nota 2: Cifras actualizadas a precios de 2014 con el deflactor implícito del PIB.

Los datos señalan que el saldo en el SAR ha tenido un crecimiento de 314.4%, al pasar de 572.8 a 2,373.5 miles de millones de pesos en el periodo 2002-2014; las aportaciones de los trabajadores han crecido 27.3%, al incrementarse de 97.9 a 124.6 miles de millones de pesos, y los rendimientos registraron el mayor incremento, con un aumento de 741.5%, al transitar de 127.5 a 1,072.9 miles de millones de pesos. Al cierre del periodo, los rendimientos constituyeron el 45.2% del total de recursos manejados en el SAR, lo que indica que cerca de la mitad del capital del sistema ha sido obtenido por el manejo de las cuentas de los trabajadores.

El rendimiento es consecuencia de las inversiones que realizan las SIEFORES con los recursos de cada trabajador. Dicho rendimiento se caracteriza por su dependencia del comportamiento de los mercados económicos, del régimen de inversión, de la diversificación de las carteras y del nivel de riesgo asumido. Como se mencionó, los rendimientos constituyen actualmente más del 40.0% del total de activos netos del sistema.^{160/}

En el esquema de contribución definida, la tasa de reemplazo (TR) a que puede llegar una pensión es particularmente sensible al incremento de los rendimientos; de acuerdo con la CONSAR, un aumento de 3.0 a 5.0% podría incrementar la TR en un 62.0%.^{161/}

El rendimiento neto de las SIEFORES Básicas al cierre de 2014 mostró el comportamiento siguiente:

INDICADOR DE RENDIMIENTO NETO DE LAS SIEFORE BÁSICAS, ^{1/} PLAZO DE 55 MESES, 2014 (Porcentajes)				
AFORE	SB 1	SB 2	SB 3	SB 4
AZTECA	5.9	7.2	8.2	8.5
BANAMEX	7.0	8.9	9.9	11.2
COPPEL	5.4	7.0	7.6	7.9
INBURSA	4.9	5.0	5.7	6.2
INVERCAP	7.8	8.3	9.5	10.5
METLIFE	6.6	8.3	9.4	10.5
PENSIONISSSTE	8.1	9.5	10.7	10.9
PRINCIPAL	6.4	7.8	8.8	9.7
PROFUTURO GNP	7.3	8.8	9.7	11.1
SURA	7.4	9.6	10.9	12.2
AFORE XXI-BANORTE	6.6	8.5	9.3	10.1
Promedio del SAR ^{2/}	7.0	8.5	9.5	10.4

FUENTE: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015.

Nota 1: Cifras al cierre de diciembre de 2014.

Nota 2: Rendimientos ajustados a un sólo decimal.

1/ Este indicador incluye la deducción de las comisiones aplicables.

2/ Es el promedio ponderado, por los activos administrados, de los rendimientos netos de los cuatro tipos de SIEFORES Básicas.

SB SIEFORES Básica.

El porcentaje de los rendimientos registrados netos en el SAR fue congruente con el esquema de riesgos previstos para cada SIEFORE: la SB 1 en la que se invierten los recursos de los trabajadores de mayor edad y cerca del retiro tuvo un rendimiento neto de 7.0%; la SB 2, que abarca a los trabajadores de 46 a 59 años, registró una ganancia de 8.5%; la SB 3, para personas de 37 a 45 años, consiguió un beneficio de 9.5%, y la SB 4, que invierte los recursos de los trabajadores de menor edad, presentó una utilidad neta de 10.4%.

^{160/} Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Diagnóstico del Sistema de Pensiones**, 2015, p. 55.

^{161/} Ibid.

El régimen de inversión constituye el principal mecanismo para promover que los recursos de los trabajadores sean destinados a instrumentos y proyectos que otorguen rendimientos competitivos bajo un riesgo controlado, para acrecentar el saldo de su cuenta individual y, consecuentemente, su pensión. Este régimen ha diversificado su cartera de inversión, pasando de una inversión mayoritaria en instrumentos gubernamentales a un portafolio de más de 15 instrumentos de inversión que incluyen renta variable y deuda extrajera.

En el ámbito internacional, el nivel de rendimiento también es elevado, pero aún está por debajo del alcanzado por países como Chile, como se precisa en el cuadro siguiente:

RENDIMIENTO NETO DE LOS FONDOS DE PENSIONES EN PAÍSES DE LA OCDE, PLAZO A 5 AÑOS, 2014
 (Porcentajes)

País	Nominal	Real
Holanda	9.6	7.4
Canadá	9.1	7.4
Chile	8.4	6.5
Noruega	7.5	5.8
Estados Unidos	7.9	5.7
Israel	8.2	5.6
Bélgica	7.6	5.5
Suiza	5.2	5.3
México ^{1/}	8.7	4.6
Dinamarca	6.1	4.1
Japón	3.6	3.8
Islandia	8.1	3.3
Alemania	4.4	2.9
Nueva Zelanda ^{2/}	5.2	2.8
Estonia	5.3	2.8
España	4.6	2.7
Austria	4.9	2.6
Luxemburgo	4.9	2.5
Italia	4.2	2.3
Eslovenia	4.1	2.2
Portugal	3.9	2.2
Polonia	5.0	2.1
Australia ^{3/}	4.4	2.1
Corea	3.7	1.1
República Checa	2.1	0.2
República de Eslovaquia	1.7	(0.3)
Grecia	1.5	(0.3)

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Pension Market in Focus. 2014**, 2014.

Nota: Los países están organizados en orden descendente de mayor a menor, en función de los rendimientos reales.

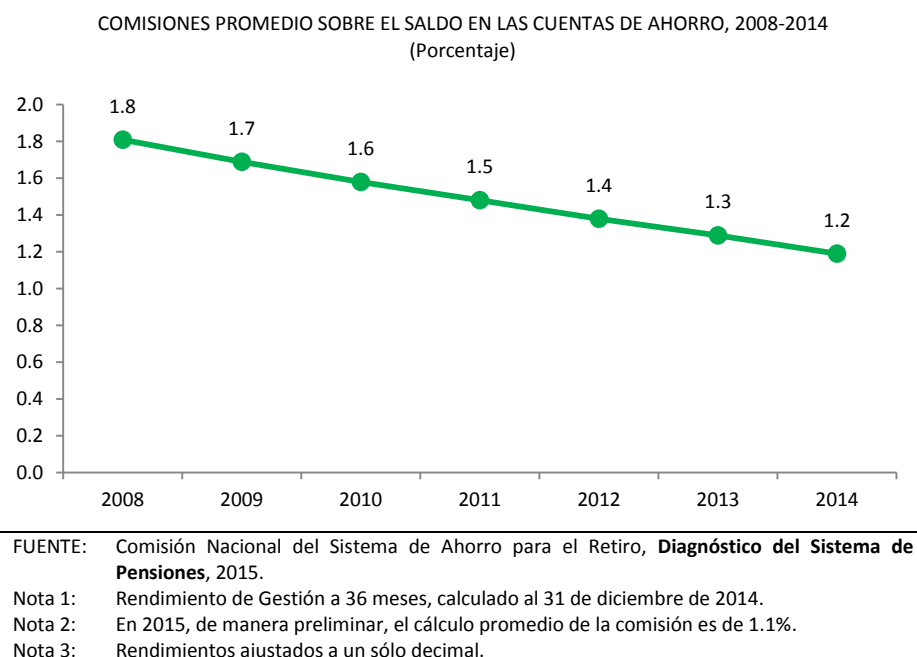
1/ Los datos se refieren únicamente a los planes personales.

2/ Los rendimientos medios anuales corresponden al periodo marzo 2007 a marzo 2013

3/ Los rendimientos medios anuales corresponden al periodo junio 2007 a junio 2013.

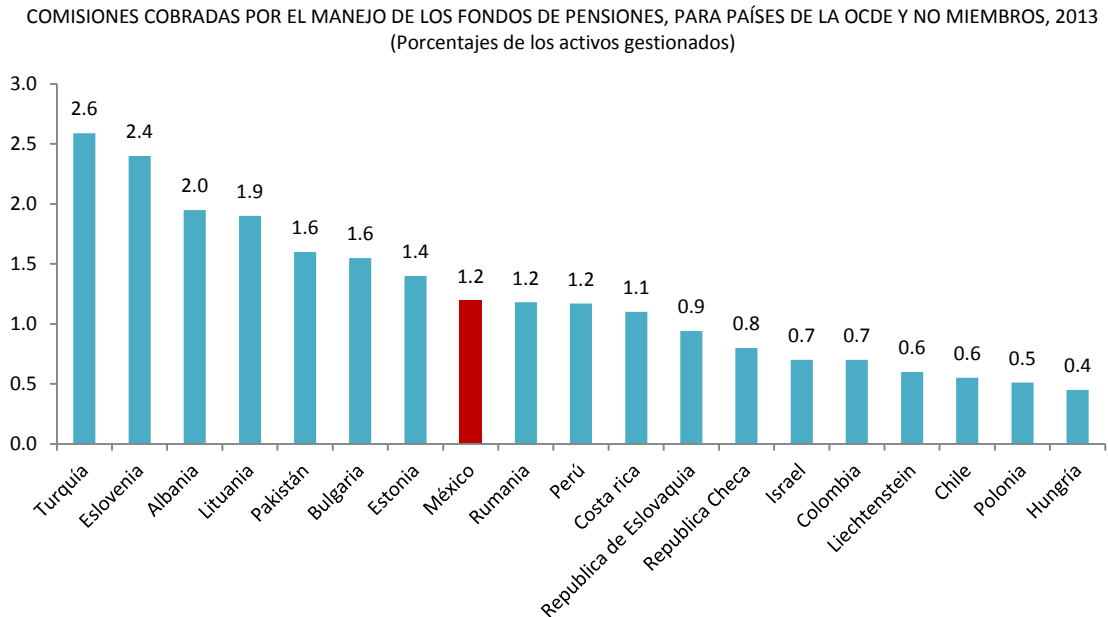
Los rendimientos de largo plazo en el SAR son superiores a los de la mayoría de sistemas de pensiones de los miembros de la OCDE, ya que se ubica en el noveno lugar de los países que registraron los mejores rendimientos en términos reales; sin embargo, apenas representa poco más de la mitad del rendimiento obtenido en países como Holanda o Canadá (7.4%), y poco más de las dos terceras partes de los beneficios obtenidos por el sistema de pensiones de Chile (6.5).

Las comisiones constituyen el cobro que realizan las AFORES por el manejo de los recursos de los trabajadores, éstas inciden de manera negativa en el saldo que el trabajador tendrá disponible para su pensión, por lo anterior, reducir el costo de las comisiones por este tipo de servicio financiero es fundamental para incrementar el ahorro de los trabajadores. El comportamiento de la comisión promedio del SAR, entre 2008 y 2014, se muestra en la gráfica siguiente:



De 2008 a 2014, el promedio de las comisiones cobradas por las AFORES en el SAR se redujo en una tercera parte (33.3%), al descender de 1.8% a 1.2% en el cobro por el manejo de las cuentas de ahorro de los trabajadores. De acuerdo con la CONSAR, una reducción generalizada que concluyera en una comisión de 0.7% permitiría aumentar la tasa de reemplazo de los trabajadores hasta en un 10.0% más.

A pesar de la tendencia decreciente observada en el monto de las comisiones, continúan siendo altas comparadas con el ámbito internacional. Un comparativo de las comisiones cobradas en el SAR, respecto de los países miembros de la OCDE con esquemas pensionarios similares, se muestra a continuación:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Pensions at Glance 2013. OECD and G20 indicators**, 2013, y **Pension Market in Focus. 2014**, 2014.

Nota 1: En 2015, de manera preliminar, el cálculo promedio de la comisión es de 1.11%

Nota 2: Rendimientos ajustados a un solo decimal.

Nota 3: Exceptuando a México, los datos de los demás países corresponden al año 2013.

Las comisiones que cobran las AFORES en México siguen siendo altas en comparación con diversos países latinoamericanos como Perú, Costa Rica, Colombia o Chile; la diferencia con Hungría, país con el menor promedio en el cobro de las comisiones, es de 0.8 puntos porcentuales, donde la comisión promedio es de 0.4%.

De acuerdo con datos de la OCDE, el nivel actual de la comisiones cobradas podría reducir en más de 21.3% los beneficios pensionarios en la etapa de retiro de los trabajadores, mientras que una tasa similar a la de Hungría tendría un efecto menor al 1.2% en el otorgamiento de una pensión.^{162/}

^{162/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Reviews of Pension Systems Mexico. Preliminary Version**, 2015, pp. 132 y 133.

➤ **Financiamiento de las cuentas individuales para el retiro**

A la fecha, el modelo de cuentas individuales se integra por una estructura tripartita que incluye las contribuciones de los trabajadores de los patrones, y las cuotas que cubre el Gobierno Federal; la recaudación de estos recursos recae en los institutos de seguridad social, quienes los entregan a las AFORES para su administración. El detalle de los recursos canalizados a las cuentas de retiro de los trabajadores se presenta en el cuadro siguiente:

RECURSOS CANALIZADOS A LAS AFORES POR TIPO DE CONCEPTO, 2002-2014
 (Miles de millones de pesos)

Año	Ahorro obligatorio								Ahorro voluntario y solidario ^{5/}		Total
	RCV ^{1/}			Vivienda ^{2/}			Total	%	Total	%	
	Total	IMSS ^{3/}	ISSSTE ^{4/}	Total	INFONAVIT	FOVISSSTE					
2002	100.2	100.2	0.0	58.4	58.4	0.0	158.6	98.6	2.2	1.4	160.8
2003	98.4	98.4	0.0	50.4	50.4	0.0	148.8	98.9	1.6	1.1	150.5
2004	99.1	99.1	0.0	49.8	49.8	0.0	148.9	99.2	1.2	0.8	150.1
2005	101.9	101.9	0.0	49.1	49.1	0.0	151.0	99.6	0.7	0.4	151.7
2006	107.1	107.1	0.0	50.4	50.4	0.0	157.5	99.4	0.9	0.6	158.4
2007	114.6	114.6	0.0	58.3	58.3	0.0	172.9	99.3	1.2	0.7	174.1
2008	177.4	110.3	67.1	50.5	50.5	0.0	227.9	99.6	0.8	0.4	228.7
2009	125.7	107.2	18.5	50.9	47.6	3.3	176.6	99.7	0.6	0.3	177.2
2010	137.3	115.0	22.3	58.2	52.1	6.1	195.5	99.1	1.8	0.9	197.3
2011	137.4	116.9	20.5	55.9	50.1	5.8	193.3	98.4	3.2	1.6	196.5
2012	138.1	116.7	21.4	54.9	49.0	5.9	193.0	97.4	5.2	2.6	198.2
2013	143.2	119.9	23.3	57.1	49.5	7.6	200.3	96.9	6.5	3.1	206.8
2014	155.5	130.9	24.6	60.5	53.0	7.5	216.0	96.8	7.2	3.2	223.2

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Información Estadística**. Disponible en < http://www.consar.gob.mx/principal/estadisticas_sar.aspx >.

NOTA: Cifras actualizadas a precios de 2014 con el deflactor implícito del PIB.

1/ Recursos por concepto de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez.

2/ Las AFORES sólo registran las aportaciones por concepto de vivienda en las cuentas individuales de los trabajadores. Los recursos son administrados por el INFONAVIT y por el FOVISSSTE, respectivamente.

3/ Incluye aportaciones de los trabajadores cotizantes al IMSS y transferencias de los recursos para el retiro según la ley del SAR de 1992.

4/ Incluye aportaciones de los trabajadores cotizantes al ISSSTE, transferencias de los recursos del SAR ISSSTE a las AFORES y redenciones de bono de pensión. Cifras preliminares desde octubre de 2010.

5/ Incluye Aportaciones Voluntarias, Aportaciones Complementarias de Retiro, Ahorro de Largo Plazo y Ahorro Solidario. Cifras preliminares a partir de octubre de 2010.

Entre 2002 y 2014 se canalizaron 2,373.5 miles de millones de pesos (mmp) a las AFORES para la capitalización de las cuentas individuales de retiro de los trabajadores del sector privado formal y del sector público. En este periodo, el nivel de contribución creció 38.8%, al pasar de 160.8 a 223.2 mmp; por componente, el principal incremento lo registró el ahorro voluntario, que tuvo un aumento de 227.3%, al ascender de 2.2 a 7.2 mmp; el ahorro por concepto de RCV creció 55.2%, al pasar de 100.2 a 155.5 mmp, y el ahorro para vivienda se acrecentó 3.6%, al

aumentar de 58.4 a 60.5 mmp. En 2014, el ahorro por concepto de RCV representó el 69.7% (155.5 mmp) de los recursos canalizados; las aportaciones por concepto de vivienda representaron 27.1% (60.5 mmp), y el ahorro voluntario, el 3.2% (7.2 mmp).

Estos datos señalan que si bien se ha incrementado el ahorro voluntario, aún continúa siendo marginal respecto del saldo total del SAR; situación que seguramente afectará de forma negativa en la pensión a la que podrían aspirar los trabajadores al momento de su retiro, ya que los recursos ahorrados no serán suficientes para garantizarles una vida digna. Información de la Encuesta Nacional de Conocimiento y Percepción del Sistema de Ahorro para el Retiro (ENCPSAR) 2013 confirma la escasa importancia que se da al ahorro para la vejez, ya que sólo el 26.9% de los entrevistados declaró ahorrar para obtener una ingreso similar al actual después del retiro. El detalle de la percepción sobre el ahorro voluntario se muestra a continuación:

HÁBITOS Y EXPECTATIVAS DE LOS TRABAJADORES QUE COTIZAN AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO, 2012
 (Porcentajes)

Preguntas	Sí	No	Otro ^{1/}
1 ¿Usted acostumbra ahorrar?	34.0	66.0	n. a.
2 ¿Ha considerado de qué va a vivir en su vejez?	48.7	51.3	n. a.
3 ¿Espera que su pensión sea mayor, igual o menor a su salario actual? ^{2/}	46.4% (igual)	41.9% (mayor)	11.7% (menor)
4 ¿Está ahorrando para alcanzar la meta de tener un ingreso similar al actual al momento del retiro?	26.9	73.1	n. a.
5 ¿Alguna vez ha pensado cuánto debe ahorrar para tener una pensión de acuerdo con sus necesidades y estilo de vida actual?	6.3	87.2	6.5
6 ¿Conoce la cantidad que tiene en su cuenta de ahorro para el retiro?	69.6	30.4	n. a.
7 ¿Conoce cuáles son los rendimientos que genera su AFORE por sus ahorros?	32.5	67.5	n. a.
8 ¿Conoce cuánto le cobra su AFORE (comisiones) por administrar sus ahorros?	25.8	74.2	n. a.
9 ¿Ha pensado en otra forma de ahorrar para su retiro además de su afore?	31.7	68.3	n. a.
10 ¿Ha realizado alguna aportación voluntaria a su AFORE?	2.6	97.4	n. a.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta Nacional de Conocimiento y Percepción del Sistema de Ahorro para el Retiro 2013**.

1/ Se refiere a cuando el entrevistado no sabe o no contesta. En el caso de la pregunta 3 se utiliza como respuesta.

2/ La pregunta 3 no responde a la lógica de sí y no, pero se mantiene el formato para continuar con la coherencia de la información; los resultados se precisan en los paréntesis.

n. a. No aplicable.

De acuerdo con lo reportado en la ENCPSAR, sólo una tercera parte de los trabajadores con una cuenta de ahorro para el retiro declaró tener el hábito de ahorrar (34.0%), y de ellos, sólo el 7.2% lo hace como previsión para el retiro. Asimismo, la mitad de las personas que no ahorran (49.9%) declaró que no lo hace porque sus ingresos son insuficientes, y otro 28.2%, porque debe realizar otros gastos.

De los encuestados que no ahorran, el 51.3% no ha considerado cómo financiará su vejez. Los que sí han considerado de qué van a vivir en este periodo, el 33.3% considera que obtendrá ingresos por concepto de pensión, y los 15.4%, por otros medios.

El 88.3% del total de encuestados pensaba que al momento de pensionarse su ingreso será igual o mayor que su salario actual; sin embargo, el 73.1% no ahorra para alcanzar la meta de tener un ingreso similar al actual al momento del retiro, y el 87.2% no ha pensado cuánto debe ahorrar para tener un estilo de vida similar al actual.

Aun cuando 7 de cada 10 (69.6) trabajadores cotizantes del SAR conoce la cantidad que tiene en su cuenta de ahorro para el retiro, la mayoría desconoce cuál es el comportamiento de las principales variables asociadas al manejo de sus recursos: 67.5% de los encuestados desconoce las ganancias que obtiene por sus recursos ahorrados, y 74.2% no conoce las comisiones que le cobra su AFORE.

La ENCPSAR también señala que el 68.3% de los trabajadores entrevistados no preveía otra forma de ahorro para el retiro, más que las aportaciones obligatorias que realiza al SAR, y el 97.4% declaró no haber realizado ninguna aportación voluntaria a su AFORE; de los entrevistados que no han realizado aportaciones voluntarias, el 80.6% no lo hace por desconocimiento (54.9%) o por desconfianza (25.7).

➤ Densidad contributiva

La densidad contributiva se entiende como el nivel de cotización que tiene cada trabajador, respecto de su cuenta de ahorro para el retiro, la cual determina la tasa de reemplazo a la que accederá cada trabajador y se integra por dos factores: 1) la tasa de contribución (TC) y 2) el número de cotizaciones o densidad de contribución, donde el primero, se relaciona con la capitalización del ahorro, y el segundo, con el derecho al otorgamiento de la pensión, puesto que la normativa establece un requisito mínimo de 1,250 semanas de cotización, incluso para tener derecho a la Pensión Mínima Garantizada.

Desde el establecimiento de la reforma al régimen de pensiones de los trabajadores del sector privado (1997), las aportaciones para las cuentas de retiro se han mantenido en 6.5%, cifra 4.8 puntos porcentuales inferior a la de los trabajadores del sector público (11.3%); sin mencionar que este grupo cuenta con la posibilidad adicional de incrementar su capital por medio de un

esquema denominado “Ahorro solidario”, en el que el Gobierno Federal aporta 3.25 pesos por cada peso que abone de manera adicional el trabajador.

De hecho, la reforma en el sector privado no incrementó la TC, incluso fijó una tasa menor, ya que la LSS de 1973 establecía que el nivel de aportación era de 8.1% sobre el sueldo base, de los cuales 6.0% eran aportados por el patrón y 2.1% por el trabajador; en contraste, la tasa de contribución de los trabajadores afiliados al ISSSTE sí presentó un incremento, puesto que según la LISSSTE de 1983 los cotizantes debían realizar una aportación del 8.0% del salario base para financiar el pago de pensiones y otros seguros.^{163/}

Un comparativo internacional muestra que la tasa de contribución para ambos sectores de trabajadores es baja; de hecho la TC correspondiente a los cotizantes del IMSS ocupa el último lugar entre los países de la OCDE, así como en relación con diversos países de América Latina no miembros, como Bolivia, Perú, República Dominicana o El Salvador, cuyas tasas de aportación para los planes de pensiones obligatorias son de alrededor del 10.0%. El detalle de lo anterior se muestra en la gráfica siguiente:

^{163/} Diario Oficial de la Federación, **Ley del Seguro Social**, 12 de marzo de 1973 y **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, 27 de diciembre de 1983. Leyes abrogadas. Para el caso del IMSS, cifras ajustadas a un decimal.



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Reviews of Pension Systems Mexico. Preliminary Version**, 2015.

1/ Esta comparación se basa en el supuesto de un trabajador con una ganancia equivalente a tres veces el salario mínimo en comparación con otros países, e incluye las contribuciones estatales y la cuota social.

2/ Tasas de contribución en sistemas de pensiones obligatorios.

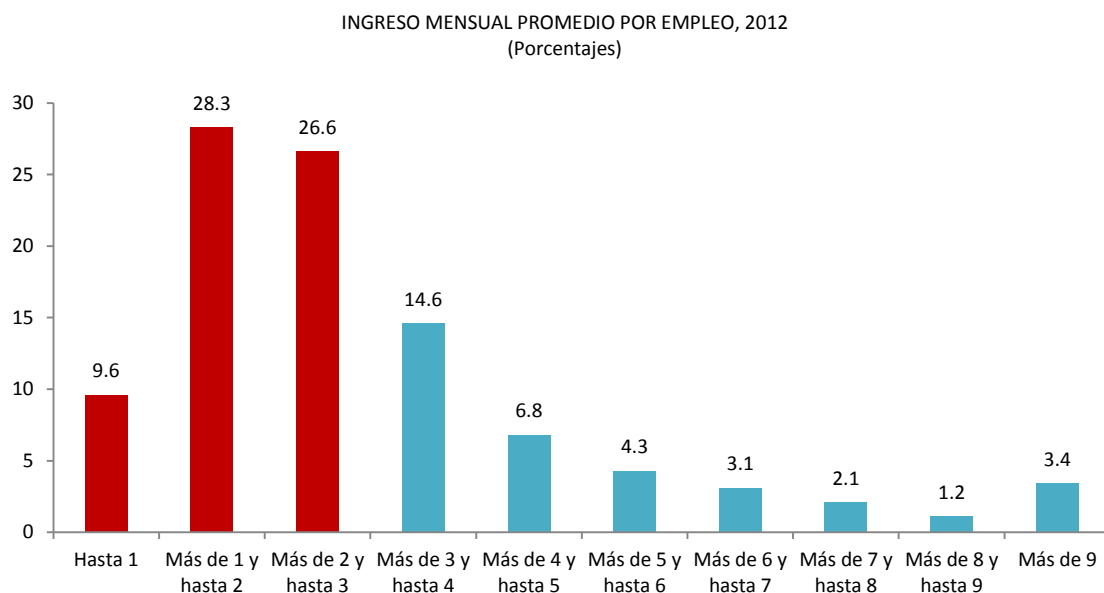
* Cuenta con una tasa de contribución progresiva que se ajusta de acuerdo con la edad del trabajador.

Más de 20 países presentan tasas de contribución que varían entre el 16.0 y el 28.3%; Italia y Hungría representan los casos más altos de contribución a los sistemas pensionarios obligatorios, ya que ambos están por encima del 30.0%. Al respecto, México presenta el nivel de cotización más bajo en comparación con el estándar internacional para el rubro de los trabajadores del sector privado; ésta es menor en 8.8 puntos porcentuales que el promedio general (17.6%); en 2.2 puntos que el promedio de los países latinoamericanos revisados (11.0%); en 11.2 puntos, en relación con países con un desarrollo económico similar, como Turquía o Grecia (20.0%); y 25.2 puntos menor que el país con la TC más alta (Hungría con 34.0%). Aunque existe un porcentaje de aportación mayor para los trabajadores del sector público, la TC de éstos también es inferior al promedio de los países con esquemas

pensionarios similares en 4.3 puntos porcentuales; respecto de Hungría, la diferencia alcanza los 20.7 puntos porcentuales.

De acuerdo con una estimación de la OCDE, una tasa de remplazo del 50.0% se alcanzaría con una probabilidad del 75.0% al 90.0%, ajustando la tasa de contribución media en un rango de 13.0% a 18.0% durante un periodo de cotización de 40 años.^{164/}

Asimismo, si se considera que la tasa de contribución depende directamente del nivel de ingresos de los trabajadores (sueldo base), es factible esperar un nivel contributivo bajo e insuficiente para financiar pensiones adecuadas para las próximas generaciones de personas adultas mayores. Datos de la Encuesta de Trayectorias Laborales (ETL) señalan que cerca del 10.0% de la población entrevistada tuvo un ingreso mensual promedio inferior a un salario mínimo, lo cual se detalla en la gráfica siguiente:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Consejo Nacional de Población y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta de Trayectorias Laborales**, 2013.

NOTA: Precios constantes de junio de 2012.

Los datos de la ETL indican que el 64.5% de las personas entrevistadas percibió un ingreso promedio por empleo inferior o igual a tres salarios mínimos; 14.6% tuvieron un ingreso entre tres y cuatro salarios mínimos, y sólo 20.8% tuvo un ingreso superior a los cuatro salarios mínimos.

^{164/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Estudios de la OCDE sobre los sistemas de pensiones. México**, 2015.

Los datos muestran que si bien existe la necesidad de incrementar la TC obligatoria, se deberá considerar la precariedad del ingreso como un elemento importante en la toma de decisiones, de modo que un aumento en la tasa de contribución adopte una implementación gradual y sea acompañado de un incremento salarial que compense el ingreso de los trabajadores.

El factor que complementa y determina el acceso o no al pago de una pensión, incluso a la PMG, es el número de contribuciones; el cual depende a su vez de la edad de inicio de cotización y del número de años cotizados en el SAR. Comenzar a cotizar a una edad más temprana también favorece que los trabajadores puedan obtener una mejor TR, ya que existe la posibilidad de aportar un número mayor de años e incrementar el ahorro.

En México, no existe información sistemática sobre la trayectoria laboral de los trabajadores, por lo que no es posible determinar el número de años cotizados al SAR para cada uno. Un indicador aproximado es el de la distribución de cuentas de ahorro para el retiro de acuerdo con rangos de cotización, como se muestra en el cuadro siguiente:

DISTRIBUCIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PARA EL RETIRO DE ACUERDO CON LAS SEMANAS DE COTIZACIÓN, A 2014				
Semanas cotizadas	Afiliados al IMSS ^{1/}		Afiliados al ISSSTE ^{2/}	
	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 a 100	43.7	43.7	35.0	35.0
101 a 200	14.4	58.1	17.3	52.3
201 a 300	9.4	67.5	47.7	100.0
301 a 400	7.9	75.4	n. a.	n. a.
401 a 500	6.1	81.5	n. a.	n. a.
500 o más	18.4	100.0	n. a.	n. a.

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Informe Trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la Situación del SAR, correspondiente al cuarto trimestre de 2014.**

Nota 1: Cifras preliminares correspondientes a los trabajadores que recibieron al menos una aportación desde el inicio del sistema de cuentas individuales hasta el cuarto trimestre de 2014.

Nota 2: Para trabajadores del ISSSTE el rango es de 201 o más, pero no necesariamente alcanza las 300 semanas.

Nota 3: Los totales y los porcentajes acumulados pueden no coincidir, debido al redondeo.

1/ Trabajadores cotizantes al IMSS registrados en alguna AFORE y trabajadores asignados con recursos depositados en alguna SIEFORE.

2/ Trabajadores cotizantes al ISSSTE con cuenta individual. Incluye trabajadores exclusivamente del ISSSTE y trabajadores mixtos.

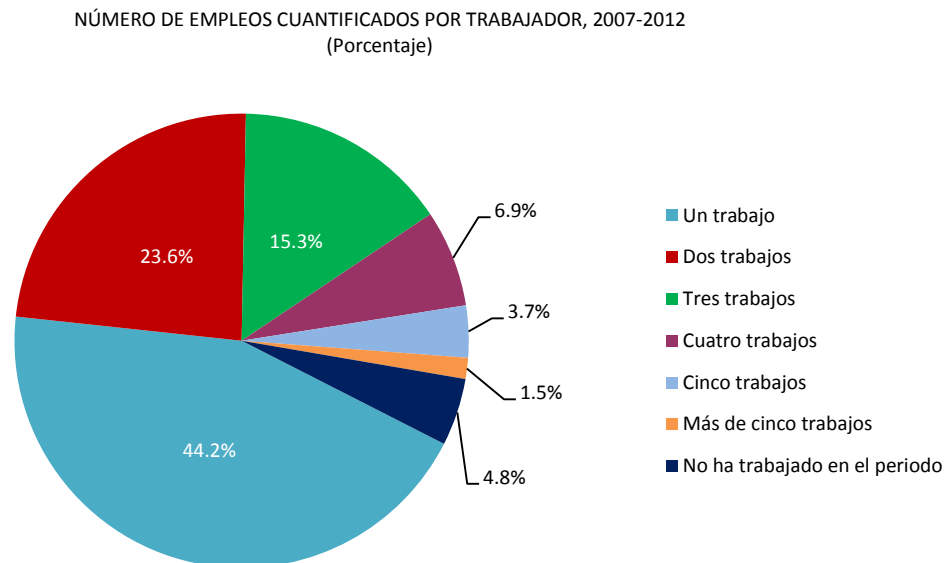
n. a.: No aplicable, debido a que los trabajadores afiliados al ISSSTE ingresaron al SAR en 2008.

De acuerdo con los datos de la CONSAR, cerca de la mitad de los trabajadores del sector privado (43.7%) tiene una densidad de cotización baja, ya que el número de semanas de cotización al SAR se encuentra entre 0 y 100, lo cual significa que, en un horizonte laboral de 30 años promedio, la mayoría de los trabajadores han acumulado menos de dos años de cotizaciones para el retiro o que apenas ha alcanzado el 8.0% de las semanas requeridas para acceder al pago de una pensión. A pesar de que no existe certeza sobre lo anterior, puesto que

el mayor porcentaje de trabajadores cotizantes que alcanzaron sólo el primer escaño podría estar influenciado por el número de trabajadores de reciente incorporación al mercado laboral, también es cierto que podría deberse a un número importante de cuentas correspondientes a trabajadores que transitan entre la formalidad y la informalidad o que incluso han permanecido sistemáticamente en esta última. En cualquier caso existen tres elementos que apoyan esta hipótesis: el elevado número de cuentas inactivas, poco más del 50.0%; el bajo porcentaje de trabajadores que superan las 200 semanas de cotización, máxime si se considera que desde la implementación del SAR han transcurrido alrededor de 700 semanas de cotización, y que la mayoría de los trabajadores del sector público ha superado este nivel de cotización.

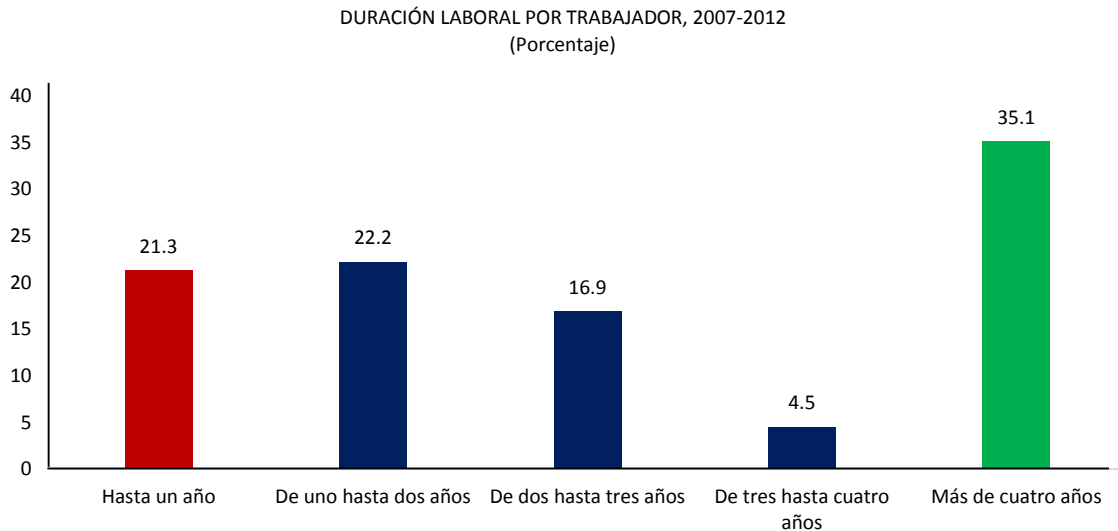
Casi la mitad de los trabajadores al servicio del Estado (47.7%) observa un nivel de cotización superior a las 200 semanas, lo cual destaca porque la reforma en este sector se dio 10 años después que en el privado, y no obstante presenta resultados más favorables. Una explicación de esto es la mayor estabilidad laboral al tratarse de una población cerrada, cuya permanencia no es tan volátil a las condiciones del mercado.

Algunos datos sobre la trayectoria laboral de los trabajadores brindan una aproximación a los problemas asociados a los patrones de inestabilidad del mercado laboral. De acuerdo con la ETL, sólo el 44.2% de los trabajadores se ha mantenido en un sólo trabajo durante un periodo de seis años, como se observa en la siguiente gráfica:



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Consejo Nacional de Población y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta de Trayectorias Laborales**, 2013.

Los datos muestran que poco más de la mitad de las personas en edad productiva encuestadas (51.0%) tuvo al menos dos trabajos en el periodo, mientras que un 4.8% reporta no haber trabajado. Asimismo, la duración de los empleos también fue baja, ya que únicamente una tercera parte de los entrevistados se mantuvo en su empleo por un periodo mayor de 4 años. Lo anterior se detalla en la gráfica siguiente:

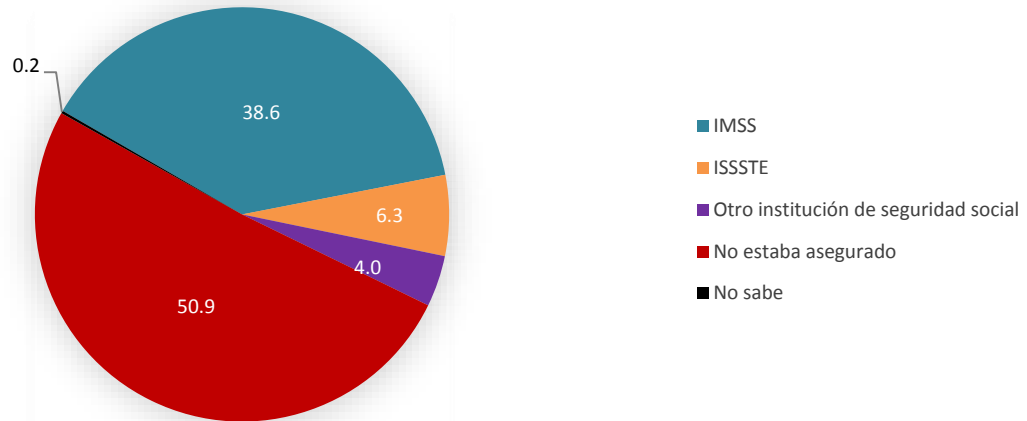


FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Consejo Nacional de Población y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta de Trayectorias Laborales**, 2013.

El 64.9% de los trabajadores encuestados tuvo una duración en su empleo inferior a los cuatro años; esta situación es particularmente dramática para el 21.3%, ya que estuvieron en su puesto de trabajo por un periodo no mayor de un año. Lo anterior evidenció la corta y discontinua trayectoria laboral que tuvieron 2 de cada 10 personas en edad productiva durante el periodo de referencia.

Sin embargo, la condición de afiliación a la seguridad social y, por tanto, de contribución al SAR, presentó un escenario más desfavorable, ya que más del 50.0% de las personas con trabajo no contó con esta protección, como se muestra a continuación:

NIVEL DE ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL PARA TRABAJADORES CON UN EMPLEO, 2007-2012
(Porcentaje)



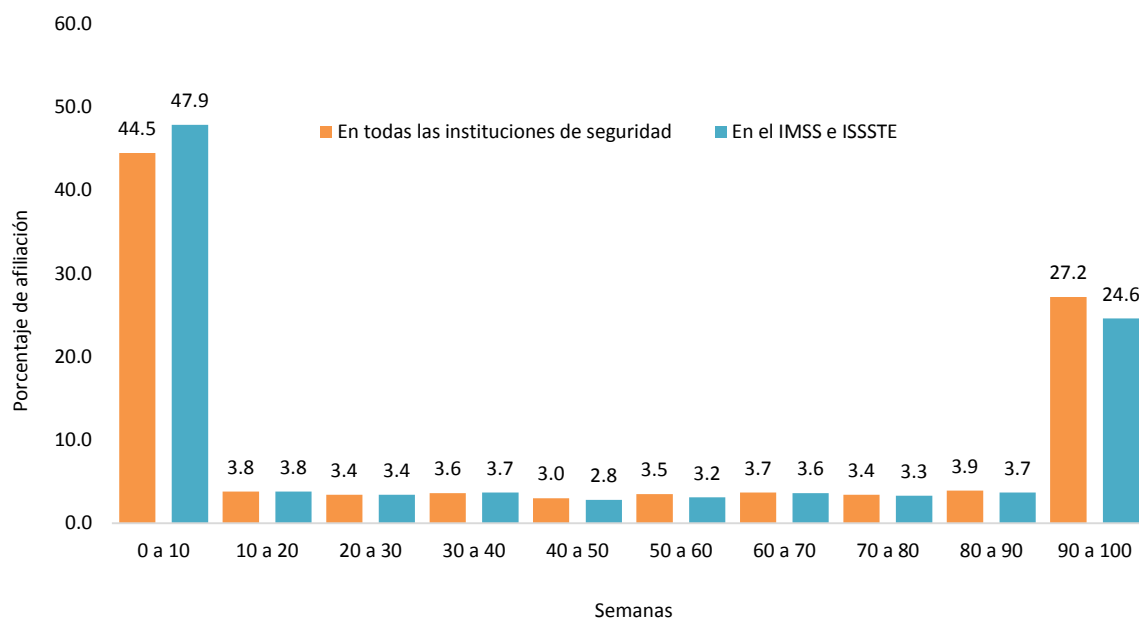
FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Consejo Nacional de Población y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta de Trayectorias Laborales**, 2013.

Nota: Para los trabajadores que tuvieron cinco empleos en el periodo, la tasa de no aseguramiento correspondiente al último empleo se elevó a 52.2%, por lo que el cambio de empleo no reportó beneficio en la mayoría de los casos.

De los trabajadores que sí contaron con seguridad social, cerca del 40.0% eran trabajadores del sector privado cotizantes del IMSS (38.6%) y poco más del 10.0% estaban afiliados al ISSSTE u otra institución. Estos datos señalan que más de la mitad de las personas entrevistadas no contribuyeron a la capitalización de sus cuentas de ahorro para el retiro.

En este periodo de referencia, la densidad de contribución de las personas entrevistadas fue la siguiente:

DENSIDAD DE AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL, DE 2007 A 2012
(Porcentaje de trabajadores)



FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Consejo Nacional de Población y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **Encuesta de Trayectorias Laborales**, 2013.

Nota: La suma de los porcentajes puede no sumar 100.0%, debido al redondeo.

La mayoría de los trabajadores asegurados al IMSS o al ISSSTE (47.9%) tuvo una densidad de afiliación de 10 semanas o menos por cada 100 semanas laboradas, mientras que los trabajadores que lograron el mayor porcentaje de afiliación apenas representaron una cuarta parte del total (24.6%). Si se considera que la densidad de afiliación es equiparable a la densidad de contribución, lo anterior ejemplifica el bajo nivel de cotizaciones que los trabajadores tienen en el SAR y el escaso ahorro que acumularon en sus cuentas individuales para el retiro en el periodo de referencia.

Los datos indican que los periodos de contribución cortos y las interrupciones frecuentes en la trayectoria laboral de la mayoría de los trabajadores determinan la baja densidad contributiva, la que consecuentemente configura un horizonte de incertidumbre para aquellos que podrían esperar retirarse en el futuro, incluso para acceder a la PMG, ya que el insuficiente número de cotizaciones les impedirá acceder a este esquema de protección social, y cuando sí cubran las cotizaciones necesarias para el pago de una pensión, la baja capitalización en sus cuentas sólo les concederá montos muy reducidos, que no les permitirá superar el umbral de la pobreza.

➤ Tasas de reemplazo

Bajo el supuesto de que las pensiones constituyen el mecanismo que ofrece la seguridad social para garantizar una fuente de ingreso suficiente y permanente a las personas después de su retiro laboral, la tasa de reemplazo constituye una medida fundamental para estimar el ingreso de las personas adultas mayores con acceso al pago pensionario en su vejez. A menudo, la tasa de reemplazo se expresa como el cociente de la pensión recibida sobre los ingresos finales del trabajador justo antes del retiro.

Aunque no existe una medida estándar sobre cuál es una tasa de reemplazo adecuada, puesto que se espera una modificación importante en la composición de la canasta de consumo de las personas al momento del retiro en función de las condiciones típicas de esta etapa de la vida: menor presión por gastos de transporte, vestimenta, manutención y educación de los hijos, o gastos en hipoteca de vivienda, se espera, paralelamente, un incremento en los gastos por servicios médicos curativos y preventivos. Es por ello que internacionalmente las recomendaciones de una TR adecuada fluctúan entre 50.0 y 70.0%.^{165/}

Las TR por nivel ingreso para México en el contexto internacional se presenta en el cuadro siguiente:

^{165/} Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, **¿Qué factores determinan mi pensión? Una visión sobre las tasas de reemplazo.**

TASAS BRUTAS DE REEMPLAZO DE LAS PENSIONES POR NIVEL
DE INGRESOS PARA ALC Y PARA PAÍSES DE LA OCDE SELECCIONADOS, 2014
(Porcentajes)

País	Ingreso promedio ^{1/}				País	Ingreso promedio			
	0.5	1	2	3		0.5	1	2	3
Venezuela	137.6 (132.9)	94.2 (89.5)	72.5(67.8)	65.3 (60.6)	Miembros de la OCDE				
Paraguay	104.1	104.1	104.1	104.1	Canadá	77.3	44	22	14.7
Colombia	102.6	70.8 (64.1)	70.8 (64.1)	70.8 (64.1)	España	73.9	73.9	57.2	38.1
Jamaica	101.3	72.2	57.7	43.2	Portugal	61.2	54.6	53.6	52.6
Ecuador	94.2	94.2	94.2		Reino Unido	56.6	31.9	16.8	11.2
Nicaragua	94.2	94.2	75.3	75.3	Francia	55.1	49	37.1	32.9
El Salvador	93.1	46.6	29.2 (23.3)	29.2 (21.9)	Estados Unidos	50.3	38.7	28.8	20.6
Argentina	89.5 (82.2)	77.5 (70.3)	71.5 (64.3)	69.5 (62.3)	Alemania	43.2	43.2	33.6	22.4
Costa Rica	87.7	79.4	79.4	79.4					
Panamá	78.4 (72.8)	78.4 (72.8)	78.4 (72.8)	78.4 (72.8)					
Perú	76.8	70.6	35.3	23.5					
PALC	72.6 (71.2)	61.9 (60.2)	55.4.(53.2)	51.4 (49.2)					
Belice	69.0	69.0	57.7	38.5					
Guyana	68.2	66.0	66.0	52.0					
Guatemala	67.8	67.8	67.8	67.8					
Trinidad y Tobago	66.3	35.1	36.6	36.6					
Honduras	64.9 (60.9)	64.9(60.9)	64.9(60.9)	64.9(60.9)					
Chile	60.2 (50.7)	43.9 (34.4)	39.2 (26.2)	39.2 (25.6)					
Barbados	60.0	60.0	50.5	33.7					
Surinam	59.3	29.7	14.8	9.9					
México	57.3	29.5(28.6)	27.4(24.9)	26.7(24.3)					
Bahamas	56.5	56.5	33.6	22.4					
Brasil	56.2 (51.2)	58.3 (53.2)	62.6 (57.1)	52.5 (47.9)					
Uruguay	52.5	52.5	63.3	73.8					
Bolivia	37.5	41.0	33.9	31.6					
Haití	29.8	29.8	29.8	29.8					
República Dominicana	22.8	22.8	22.8	22.8					

FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015.

Nota: Entre paréntesis se muestra la tasa de reemplazo para las mujeres cuando difiere de la de los hombres.

1/ Se refiere al supuesto de que los ingresos individuales aumentan en línea con el crecimiento promedio de la economía, por lo que el individuo permanece en el mismo punto de la distribución del ingreso, ganando el mismo porcentaje del ingreso promedio en cada año de su vida laboral.

ALC: América Latina y el Caribe.

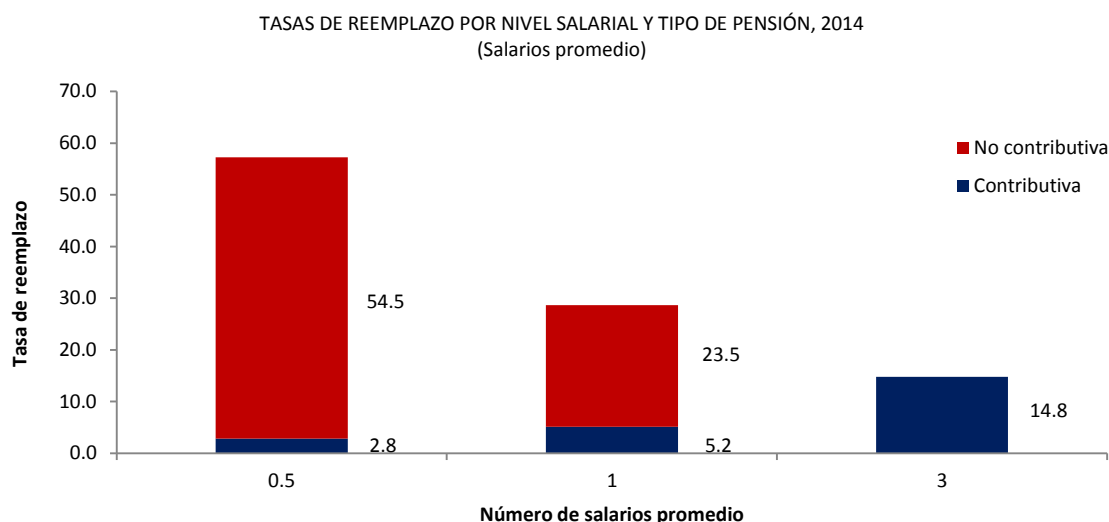
PALC: Promedio de América Latina y el Caribe.

En términos generales, se observa un comportamiento progresivo en las tasas de reemplazo, ya que para los individuos con ingresos más bajos las TR tienden a incrementarse, mientras que para quienes observaron mayores ingresos en su vida laboral las TR disminuyen, lo que

muestra que la mayoría de los países trata de proteger a los trabajadores de bajos ingresos de la pobreza en la vejez al proporcionarles tasas de reemplazo más altas que a los trabajadores de mayores ingresos promedio. En América Latina y el Caribe, los trabajadores que obtienen apenas la mitad de las ganancias promedio reciben una TR de alrededor del 73.0%, más de 10 puntos porcentuales mayor que los trabajadores con un ingreso promedio (61.9%) y 21.2 puntos mayor que los que perciben hasta tres veces un ingreso promedio (51.4%). Sin embargo, las tasas de reemplazo en 12 países son idénticas para trabajadores con un ingreso promedio y los trabajadores con la mitad del ingreso promedio.

En México, las TR son menores al promedio para ALC, y de las más bajas entre los países que la integran. Para el caso de los trabajadores con ingresos más bajos, el país observó una TR de 57.3%, equivalente a poco más de una cuarta parte de un ingreso promedio. Es importante destacar que a partir de un ingreso promedio se observa una brecha de género en favor de los hombres, la cual se incrementa conforme se eleva el nivel de ingreso; por ejemplo, para quienes percibían tres veces el ingreso promedio, la tasa de reemplazo podría ser de 26.7% para hombres y de 24.3% para mujeres, lo que representa una diferencia de 2.4 puntos porcentuales. Asimismo, a pesar de que las tasas de reemplazo para las personas de menores ingresos son mayores que las otorgadas en países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Francia, en México el ingreso promedio es de los más bajos en el ámbito internacional.

Este panorama de incertidumbre respecto del ingreso económico que las personas tendrán posterior al retiro, incrementará la necesidad de recurrir a otras fuentes de ingreso diferentes de las transferencias contributivas, incluyendo el reingreso al mercado laboral (fundamentalmente en el sector informal), venta o renta de bienes, como la vivienda, transferencias informales, solidaridad familiar y los programas gubernamentales de pensiones sociales. Actualmente, las TR para los trabajadores con menores ingresos son complementadas por transferencias no contributivas, lo que les permite acumular un nivel de reemplazo mayor, como se muestra en la gráfica siguiente:



FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe**, 2015.

NOTA: El eje X se refiere al salario como múltiplo del salario promedio y el eje Y se refiere al porcentaje del propio salario.

NOTA 2: Los datos no corresponden necesariamente a los consignados en el cuadro presentado al inicio de esta sección para los trabajadores de un ingreso y hasta tres ingresos, debido a que para este caso se usaron supuestos específicos de análisis para realizar la simulación presentada.

Los datos de la OCDE sugieren que los trabajadores que ganan la mitad de un salario promedio tienen una TR de apenas 2.8%, inferior a la de los que ganan un salario promedio, 5.2%, o tres veces el salario promedio, 14.8%. Como consecuencia de los beneficios no contributivos, la tasa neta de reemplazo para los trabajadores de menores ingresos puede estar por encima del 50.0%; la aportación de las transferencias gubernamentales representa el 95.1% de esta tasa. La contribución de las pensiones sociales se reduce a 82.0% entre los trabajadores que alcanzan un ingreso promedio y desaparece para quienes tienen los mayores ingresos.

De acuerdo con la OCDE, de mantenerse el estado actual del sistema de pensiones, en el futuro los trabajadores enfrentarán un panorama ligeramente peor, ya que las personas que se incorporaron al mercado laboral a partir de 2012 y que lleguen a la edad de retiro pueden esperar un monto de pensión que equivaldrá al 26.0% del promedio de sus ingresos a lo largo de su vida.^{166/}

➤ Suficiencia de las pensiones para el ingreso

La suficiencia de las pensiones para sufragar los gastos de vida en la vejez presenta un nivel importante de desigualdad en relación con la capacidad para cubrir el costo de una canasta

^{166/} Esta proyecciones se basan en los cálculos estándar de la OCDE, a partir de un crecimiento real de los ingresos del 2.0% y una tasa real de rendimiento de los fondos de pensiones del 3.5%, descontadas las comisiones administrativas.

alimentaria mensual. La comparación entre los montos mínimos que recibe una persona que cumplió con los requisitos para acceder a una pensión mínima en el IMSS y en el ISSSTE, respecto de la pensión social que otorga el Gobierno Federal a la población que no cuenta con esa protección, se presenta en el cuadro siguiente:

SUFICIENCIA DE LAS PENSIONES MÍNIMAS OTORGADAS PARA SUPERAR LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO, 2014
 (Pesos mensuales y porcentajes)

Afilación	Monto	Suficiencia porcentual			
		Línea de Bienestar Mínimo (LBM)		Línea de Bienestar (LB)	
		Rural	Urbano	Rural	Urbano
Instituto Mexicano del Seguro Social	2,601	297.7	209.0	159.8	101.7
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	4,054	464.1	325.7	249.1	158.5
Pensión para Adultos Mayores	580	66.4	46.6	35.6	22.7

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Reviews of Pension Systems Mexico. Preliminary Version**, 2015; Diario Oficial de la Federación, **Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores**, para el ejercicio fiscal 2014, 29 de diciembre de 2013, y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, **Evolución de las líneas de bienestar y de la canasta alimentaria**. Disponible en < <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx> >.

Nota 1: Las pensiones otorgadas a los pensionados afiliados del IMSS y del ISSSTE corresponden a la PMG.

Nota 2: Las LBM y LB utilizadas constituyen el promedio anual para cada una: LBM rural de 873.6 pesos; LBM urbano de 1,244.7 pesos; LBM rural de 1,627.4 pesos, y LB de 2,558.4 pesos.

Los datos muestran que el monto de la pensión que otorgó el programa Pensión para Adultos Mayores representó casi dos cuartas partes (66.4%) del valor de la LBM promedio en 2014 en el contexto rural, y casi la mitad (46.6%) en al ámbito urbano, por lo que es insuficiente para adquirir una canasta alimentaria básica. Asimismo, constituyó poco más de una tercera parte (35.6%) del valor de la LB rural y de una quinta parte (22.7%) de la LB urbana, lo que supone un ingreso precario para acceder al consumo de bienes y servicios básicos.

Aunque las pensiones contributivas mínimas están por encima de ambas líneas de pobreza, se observa una condición de desigualdad en el monto al que tiene acceso ambos sectores de trabajadores a pesar de tratarse de una pensión mínima garantizada (PMG).

Las diferencias entre las pensiones mínimas tanto del tipo contributivo como del no contributivo tenderán a incrementarse debido a que la PMG está indexada al INPC, en tanto que el incremento de la pensión social depende de los recursos presupuestales disponibles y de la población beneficiaria. Sin embargo, estas tasas de reemplazo son factibles para los trabajadores con derechos adquiridos antes de las reformas a los sistemas de pensiones del

sector privado y del público, pero tenderán a disminuirse para los trabajadores que se pensionarán bajo el régimen de contribuciones en cuentas individuales, dadas las insuficientes condiciones de capitalización de las cuentas individuales descritas anteriormente.

En consecuencia, el pago de transferencias no contributivas constituye un mecanismo paliativo insuficiente para revertir el ciclo de pauperización y falta de seguridad social que por lo regular los sujetos beneficiados tuvieron a lo largo de su vida, por lo que las personas que no lograron superar la pobreza durante su vida productiva tienen menores posibilidades de salir de ella en su vejez.^{167/}

➤ **Financiamiento público para el SNP**

De acuerdo con la OCDE, la problemática principal que enfrentará el SNP será el financiamiento de los distintos pilares que lo integran, el análisis se presenta a continuación:

PROBLEMAS DE FINANCIEROS DE LOS DISTINTOS PILARES DEL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES			
Pilar I Pensiones no contributivas	Pilar II Pensiones de beneficio definido	Pilar III Pensiones de contribución definida	Pilar IV Ahorro voluntario
Problemas en el esquema de financiamiento			
• Pensión básica, inferior al valor de la LBM. • Puede favorecer la informalidad. • Depende de la disposición presupuestaria.	• Pensión generosa, pero sin respaldo financiero. • Menor tiempo de cotización: 500 semanas (9.6 años).	• Bajos ingresos. • Insuficiente tasa de contribución. • Baja densidad contributiva. • Retiro anticipado. • Retiro no ajustado a la expectativa de vida.	• Escasos incentivos para el ahorro voluntario. • Insuficiente nivel de ingreso para ahorrar para el retiro. • Escaso conocimiento sobre el SAR y los mecanismos de ahorro voluntario.
Gastos fiscales a cargo del Gobierno Federal			
• Financiadas con recursos públicos. • Insostenibles a largo plazo, considerando las dinámicas poblacionales y socioeconómicas del país.	• Las pensiones son financiadas por el Gobierno Federal. • Las pensiones actuales y futuras representan un pasivo que se incrementará a medida que los trabajadores en transición se retiren. • Existen diversas entidades públicas que aún funcionan bajo este esquema.	• Cubrir el costo de la cuota social para trabajadores del sector privado formal y del público. • Pago de la Pensión Mínima Garantizada para los trabajadores cuyos ahorros son insuficientes para financiar una pensión de cuantía superior.	• Aportaciones por concepto de “Ahorro solidario” para los trabajadores del Estado.

FUENTE: Elaborado por la ASF.

Conforme la generación en transición comience a retirarse del mercado laboral se incrementará la presión fiscal para el financiamiento de las pensiones, ya que si bien tendrán la

^{167/} Fiona Clark, “Experiencia de las pensiones no contributivas en América Latina”, en **Envejecimiento con dignidad. Pensiones no contributivas para reducir la pobreza en el Perú**, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza PNUD, 2009, p. 15.

opción de elegir en el momento de su retiro entre el modelo de pensión que más les convenga, se espera que adopten el modelo de beneficio definido debido al mayor nivel de pensión que podrán alcanzar y a las menores semanas de cotización requeridas.^{168/}

En el caso del pilar del SAR se espera que existan importantes requerimientos de recursos fiscales debido a las bajas tasas de contribución y densidad contributiva, así como al bajo nivel de ahorro voluntario lo que podrían conducir a un escenario donde los trabajadores con ahorros insuficientes demandarán una PMG, y los trabajadores que no cubrirán el requisito de cotización exigirán una pensión no contributiva, ambas con costo al presupuesto público.

Asimismo, dado el escenario de escaso ahorro voluntario, este pilar del SNP no logrará compensar la caída de las tasas de reemplazo para los trabajadores que se retiren en las siguientes décadas. Al cierre de 2014, el porcentaje de recursos canalizados por concepto de ahorro voluntario al SAR era de apenas 3.2%.

En general, las condiciones de capitalización en el SAR son escasas para garantizar una pensión suficiente durante la vejez de los trabajadores, fundamentalmente por dos grupos de factores: 1) los bajos niveles de contribución obligatoria, de densidad contributiva y de ahorro voluntario, y 2) la mancuerna que aún configuran los bajos rendimientos y las altas comisiones que ofrece el SAR. Esta situación augura una tasa de reemplazo promedio apenas superior a una cuarta parte (26.0%) del último salario de los trabajadores en activo, por lo que se espera se multiplique la demanda de la PMG por parte de los trabajadores con un ahorro insuficiente pero que cumplan con los requisitos previstos, así como de las pensiones sociales para aquellos que no los cubran. Este escenario impondrá una fuerte presión al gasto público, ya que ambos tipos de pensiones serán financiadas con recursos fiscales.

4.3.2. Sistema Nacional de Salud

El incremento en la esperanza de vida de la población, asociado a las mejoras sanitarias y al incremento cualitativo de las condiciones de vida, se traducirá en el mediano y largo plazos en

^{168/} De manera excepcional, existe por 12,000 casos que optaron por la PMG que garantiza la LSS de 1997, cuya cuantía fue superior a la pensión mínima de la ley de 1973. Javier Alonso, Carmen Hoyo y David Tuesta, **Un modelo para el sistema de pensiones en México: diagnóstico y recomendaciones**, BBVA-RESEARCH, Documento de Trabajo nº 14/07, México, 2014, pp. 5 y 6.

la exigencia de requerimientos especiales para atender las necesidades específicas de salud de las personas que alcanzarán la vejez en las siguientes décadas. Estas demandas se intensificarán de manera sustancial si las condiciones en que envejecen los sujetos se caracterizan por la presencia de enfermedades desde edades tempranas (particularmente las enfermedades crónico-degenerativas) y de hábitos no saludables: sedentarismo, tabaquismo y dietas hipercalóricas, que impactarán negativamente en su salud, lo cual significará una presión cada vez mayor para el sistema de salud, en términos de recursos financieros, materiales y humanos, ya que se trata de padecimientos cuya atención origina altos costos, tanto por los requerimientos en infraestructura, en personal especializado y en medicamento, como por la prolongada temporalidad del tratamiento o por la discapacidad de las personas enfermas.^{169/}

La transición epidemiológica^{170/} asociada al envejecimiento está determinada por los patrones de salud y enfermedad de una sociedad, los cuales se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica.^{171/} En 2012, el perfil epidemiológico de las personas adultas mayores^{172/} señalaba que las principales causas de muerte eran las enfermedades crónicas y degenerativas, ya que nueve de las diez principales causas de muerte en este grupo poblacional correspondieron a este tipo de enfermedades; éstas representaron el 61.3% (228.3 miles de personas) del total de las muertes de la población de adultos mayores. Aunado a la prevalencia de estos padecimientos, el deterioro de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas disminuyen la capacidad para realizar actividades cotidianas indispensables para la vida de las personas mayores, por lo que la dependencia funcional se vuelve una consecuencia probable.^{173/}

El envejecimiento de la población plantea un reto para el SNS por el aumento de los gastos sanitarios y el mantenimiento de niveles de calidad apropiados para el cuidado de la salud y la

^{169/} Secretaría de Salud, **Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013-2018**, pp. 16 y ss.

^{170/} Es un proceso dinámico en el cual las pautas de salud y enfermedad de una sociedad evolucionan en respuesta a cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, culturales y biológicos. Como resultado de este proceso se modifican los patrones de causas de muerte. Con ello, el predominio de las enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y del periodo perinatal disminuyen considerablemente, para dar lugar a las defunciones por enfermedades crónicas y de tipo degenerativo y otras enfermedades provenientes de causas externas, como la violencia y los accidentes. Consejo Nacional de Población, **Consulta Interactiva de Ganancias en la Esperanza de Vida y Principales Causas de Muerte**.

^{171/} César A. González y Roberto Ham-Chande, “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México”, en **Revista de Salud Pública de México**, vol. 49, suplemento 4, 2007, p. 449.

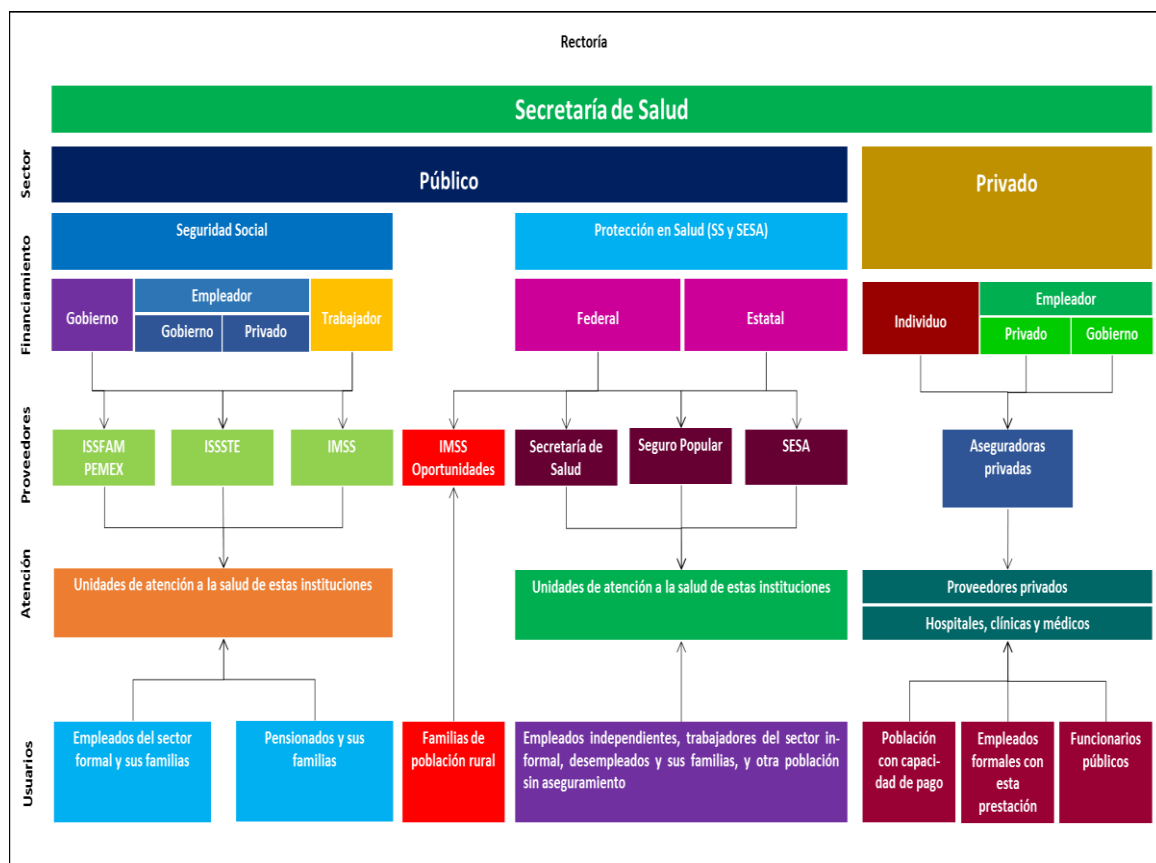
^{172/} Consejo Nacional de Población, **Consulta Interactiva de Ganancias en la Esperanza de Vida y Principales Causas de Muerte**.

^{173/} Instituto Nacional de Geografía y Estadística, **Nota técnica. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México**, Aguascalientes, 2013, p. 1.

atención a largo plazo de una población que envejece aceleradamente.^{174/} Ante ello, en la LGS se estableció que una de las funciones sustantivas del SNS es contribuir al desarrollo demográfico armónico del país, mediante la prestación de servicios de salud de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas. En congruencia, la LDPAM atribuyó a las instituciones públicas del sector salud, la obligación de garantizar que los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporaran medidas de prevención y promoción de la salud, a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable.

En México el acceso a los servicios de salud está fragmentado y restringido por la condición de afiliación de las personas y por su capacidad económica para sufragar los costos. La conformación del SNS se muestra en el esquema siguiente:

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO, 2014



FUENTE: Onofre Muñoz Hernández (coordinador), **Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal**, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012. Esquema modificado para los fines de esta evaluación.

^{174/} Organización de las Naciones Unidas, **Estudio Económico y Social Mundial, 2007. El desarrollo en un mundo que envejece**, Nueva York, 2008 pp. 21 y 22.

A pesar de que se han reportado avances importantes en la consolidación del SNS, fundamentalmente en materia de cobertura, con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, este sistema continúa presentado un problema estructural relacionado con la segmentación de las instituciones participantes, e incluso dentro de las mismas, lo que obstaculiza una prestación de servicios homogénea en calidad y cobertura de protección.

De acuerdo con un estudio del Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez,^{175/} esta segmentación también dificulta la capacidad de la SS para ejercer la rectoría del SNS, lo que se refleja en la escasa convergencia de las políticas de salud entre las instituciones cuyos programas para las poblaciones bajo su responsabilidad tienen alcance, servicios y coberturas distintas. Asimismo, las diferencias en el gasto por concepto de salud y de administración por institución son heterogéneas, lo que conduce a asignaciones desiguales para la atención per cápita e inversión, así como para la producción de servicios y el acceso y la calidad de los mismos. Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para población no asegurada (programas de la Secretaría de Salud, Seguro Popular, IMSS Oportunidades y servicios estatales de salud) ofrecen servicios de salud que no son equiparables en beneficios, calidad y cobertura.^{176/}

Como ya mencionó, las condiciones actuales del sector obstaculizan que se logre la cobertura universal con beneficios y calidad homogéneos e impiden el acceso efectivo de la población, en particular de los grupos más vulnerables, a servicios de salud con estándares aceptables.^{177/} Esta situación se manifiesta también en los programas preventivos que implementan las instituciones de seguridad social para evitar o retrasar la aparición de enfermedades y promover el cuidado de la salud entre la población que atiende cada una.

Las instituciones de seguridad social cuentan con programas específicos de naturaleza preventiva que tienen un diseño, una implementación, objetivos y alcances distintos. El IMSS cuenta con una serie de programas diferenciados por grupo etario que se denominan PREVENIMSS, y el ISSSTE cuenta con una estrategia más modesta de servicios preventivos de

^{175/} Onofre Muñoz Hernández (coordinador), **Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal**, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012.

^{176/} Onofre Muñoz Hernández (coordinador), **Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal**, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012, p. 20.

^{177/} **Ibid.**, p. 21.

salud denominada PREVENISSSTE. El análisis de la implementación de estos programas se muestra a continuación:

- PREVENIMSS

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) constituyen la estrategia de prestación de servicios del IMSS para proveer acciones preventivas de forma sistemática y ordenada por medio de los procesos siguientes: promoción de la salud; vigilancia de la nutrición; prevención y control de enfermedades; detección de enfermedades, y salud sexual y reproductiva, ordenadas en cinco grupos por edad y sexo,^{178/} como se muestra en el esquema siguiente:

CONFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD (PREVENIMSS), POR RANGO DE EDAD

Objetivo	Mejorar la salud y calidad de vida de la población derechohabiente mediante la consolidación de los Programas Integrados de Salud y la Planificación Familiar, como estrategias prioritarias y costo efectivas de atención médico preventiva.			
Concepto	Intervenciones generales en materia de prevención			
Rango de edad	Infantes (hasta 10 años)	Adolescentes (de 10 a 19 años)	Adultos (de 20 a 59 años, con enfoque de género)	Adultos Mayores (Más de 60 años)
Promoción de la salud	Entrega de cartillas			
	Guías para el cuidado de la salud			
Nutrición	Medición de talla (anual)			
	Medición de peso (anual)			
	Medición de cintura (anual)			
Prevención y control de enfermedades	Aplicación de vacunas			
	Promoción del cepillado dental			
	Entrega informada de condones			
Detección oportuna de enfermedades	Defectos visuales			
				Hipertensión arterial (anual)
				Diabetes Mellitus (cada 3 años)
				Hipercolesterolemia (cada 3 años)
				Cáncer cérvico uterino (anual). (Mujeres)
				Cáncer de mama (anual). (Mujeres)
Salud reproductiva	Difundir los derechos sexuales y reproductivos			

FUENTE: Elaborado por la ASF con información de Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012. Primera Etapa.**

De acuerdo con el IMSS, la estrategia PREVENIMSS constituye la principal medida de acción institucional ante la transición demográfica, epidemiológica y de servicios de salud que enfrenta la población mexicana. La implementación de estos programas se lleva a cabo mediante procedimientos de salud denominados de “Atención Preventiva Integrada” que realiza el personal de salud de las unidades médicas.^{179/} El esquema de intervención del PREVENIMSS se presenta a continuación:

^{178/} Instituto Mexicano del Seguro Social **Norma que Establece las Disposiciones para la Aplicación de los Programas Integrados De Salud PREVENIMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social**, 2011, p. 14.

^{179/} Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012. Primera Etapa.** Disponible en <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/IRC1.pdf>>.

Entre 2006 y 2014, el IMSS atendió a 171,292.0 miles de derechohabientes con consultas de medicina preventiva de los programas PREVENIMSS, como se muestra a continuación:

NÚMERO DE DERECHOHABIENTES CON ATENCIONES PREVENTIVAS INTEGRADAS, 2006-2014
(Miles de personas y porcentajes)

Rango de edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013	2014*	TC
Hasta los 10 años	1,884.0	2,456.3	3,768.2	4,818.4	5,293.7	5,253.7	5,065.0	5,109.1	5,106.3	171.0
De 10 a 19 años	910.0	1,186.7	1,382.2	1,938.8	2,451.8	2,802.9	2,904.9	2,969.3	3,043.3	234.4
De 20 a 59 años. (Mujeres)	3,062.3	3,994.1	5,554.1	6,328.2	6,780.5	7,417.5	7,129.9	7,231.0	7,262.5	137.2
De 20 a 59 años (Hombres)	1,590.7	2,074.7	3,052.4	3,654.4	4,046.7	4,718.8	4,780.8	5,269.7	5,275.8	231.7
Adultos Mayores	1,379.4	1,799.1	2,145.5	2,464.8	2,706.2	2,997.1	3,343.4	3,363.9	3,524.1	155.5
Total	8,826.0	11,510.0	15,902.0	19,205.0	21,279.0	23,190.0	23,224.0	23,943.0	24,212.0	174.3

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012. Primera Etapa; Informe de labores y Programa de Actividades 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015.**

* Las cifras corresponden a la mitad del año siguiente.

PP Participación porcentual.

TC Tasa de crecimiento simple.

De 2006 a 2014, se atendió a 38,754.8 miles de niños de hasta 10 años de edad, lo que representó el 22.6% de derechohabientes que recibieron intervenciones de los programas PREVENIMSS en el periodo. En este grupo de edad el número de personas atendidas creció 171.0%, al pasar de 1,884.0 a 5,106.3 miles de infantes. Las acciones de prevención se concentraron en la vigilancia nutricional; la inmunización; la identificación de enfermedades congénitas, y la oferta de talleres educativos a niños y padres.

El grupo de derechohabientes de 10 a 19 años de edad representó el 11.4% del total de derechohabientes atendidos, lo que en términos absolutos significó atender a 19,589.9 miles de personas. En el periodo de análisis, la atención de este grupo etario reportó un crecimiento de 234.4%, al ascender de 910.0 a 3,043.3 miles de personas beneficiadas. Las principales actividades preventivas fueron en materia de nutrición, vacunación, prevención de la adquisición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tuberculosis, caries dental, evaluación de agudeza visual, así como de salud sexual y reproductiva. Para este grupo etario existe una estrategia paralela dedicada a la promoción de conductas saludables por medio de encuentros educativos, culturales, deportivos y recreativos, que favorecen el desarrollo integral de los jóvenes.

Asimismo, se atendió a 54,760.0 miles de mujeres derechohabientes, lo que representó el 32.0% de los derechohabientes atendidos en medicina preventiva por el IMSS; en este periodo el número de mujeres beneficiadas creció 137.2%, al pasar de 3,062.3 a 7,262.5 miles que recibieron alguna intervención en materia de prevención de la salud. Las principales acciones realizadas sobre este grupo etario fueron las pruebas neonatales para prevenir el contagio de VIH; exploraciones y mastografías para la detección del cáncer de mama; pruebas de Papanicolaou, y detecciones de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

El grupo de población masculina en este rango de edad representó el 20.1% de las intervenciones preventivas de los programas PREVENIMSS, al sumar un total de 34,464.0 miles de hombre atendidos. El crecimiento de este grupo etario fue de 231.7%, de 1,590.7 a 5,275.8 miles de personas beneficiadas. Las revisiones médicas se enfocaron en prevenir y detectar el espectro de las enfermedades no transmisibles, fundamentalmente la diabetes y la hipertensión arterial.

Los integrantes del rango de edad de 20 a 59 años concentraron poco más de la mitad (50.1%) de los servicios de los programas PREVENIMSS.

Los adultos de 60 años y más atendidos fueron 23,723.4 miles, lo que representó el 13.8% de las revisiones médicas preventivas de la estrategia PREVENIMSS; la tasa de crecimiento para este grupo fue de 155.5%, al pasar de 1,379.4 a 3,524.1 miles de derechohabientes. Las principales intervenciones en materia de salud preventiva fueron la detección de diabetes e hipertensión arterial y la impartición de talleres de capacitación para el cuidado de la salud.

- PREVENISSSTE

A partir del análisis de las tendencias demográficas y epidemiológicas, así como del perfil de su derechohabencia,^{180/} el ISSSTE desarrolló en 2010 una estrategia virtual denominada PREVENISSSTE cuyo objeto era la prevención y promoción de la salud de los derechohabientes, basado en dos ejes fundamentales: la alimentación correcta y la actividad física adecuada.^{181/}

El PREVENISSSTE está integrado por una plataforma tecnológica que tiene el objetivo de evaluar el estado de salud general del derechohabiente; así como educar y modificar conductas de riesgo, mediante recomendaciones para mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades y llevar adecuadamente los tratamientos médicos.

En el sitio web del programa PREVENISSSTE el derechohabiente tiene acceso a una página personal donde se acumula su historial médico y de consulta, así como da acceso a un examen médico automatizado denominado Evaluación de Riesgos en Salud (ERES), que aplica una serie de cuestionamientos sobre el historial clínico del derechohabiente, su estado de salud autopercebido y los estilos de vida que observa. La ERES elabora un reporte que le indica al derechohabiente en qué áreas presenta alto riesgo, bajo riesgo o un riesgo medio de salud, y le sugerirá contestar alguna de las seis evaluaciones complementarias, cuyo objetivo se muestra en el cuadro siguiente:

^{180/} Cerca de la mitad, 48.0%, de sus derechohabientes contaba con computadora y acceso a internet; más de la mitad, 51.2%, tenía un nivel educativo de licenciatura o posgrado, y la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas.

^{181/} Asociación Internacional de Seguridad Social, **Programa PREVENISSSTE, cerca de ti. Una práctica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, Buenas Prácticas en la Seguridad Social, 2012.

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS DEL PROGRAMA PREVENISSSTE

Evaluación general	Evaluaciones específicas	Objetivos
Evaluación de Riesgos en Salud	Evaluación de Prevención de Cáncer	Diagnostica la resistencia del organismo a desarrollar ciertos tipos de cáncer.
	Evaluación de Riesgo de Diabetes	Determina los factores que pueden generar probables alteraciones en los niveles de glucosa en el organismo.
	Evaluación de Riesgo de Enfermedades Cardíacas	Examina los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades del corazón.
	Evaluación de Conducta Alimentaria y Obesidad	Evalúa la relación del derechohabiente con la comida y la actividad física, así como sus efectos sobre su peso y masa corporal.
	Evaluación de Abuso de Sustancias (Drogas y Alcohol)	Determina el tipo de consumo de sustancias adictivas en el derechohabiente y la frecuencia con que se ha presentado, así como el nivel de riesgo que este consumo implica en otras áreas de su salud.
	Evaluación de Hipertensión	Examina la posibilidad de desarrollar accidentes cerebrovasculares (hemorragia o tromboembolia cerebral) e infarto de miocardio.

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **PREVENISSSTE cerca de ti. Manual de usuario.**

Además de identificar los perfiles de riesgo para cada derechohabiente, la plataforma PREVENISSSTE da la posibilidad de dar un seguimiento clínico en la propia página electrónica, así como mediante el contacto vía correo electrónico. En los casos en que ERES detecte un riesgo alto para un derechohabiente, el sistema le sugerirá de manera automática agendar una cita con su médico para acudir personalmente a una valoración, la cual se puede gestionar también desde esa página web.

La estrategia PREVENISSSTE incorpora también un sistema de recompensas que premia la adopción de conductas saludables y el cumplimiento de las metas asignadas para cada derechohabiente.

A la fecha de cierre de este informe, no se identificó información específica sobre la implementación y resultados del programa PREVENISSSTE, por lo que no fue posible medir el cumplimiento de sus objetivos y los efectos que produjo en la salud de los derechohabientes atendidos.

- Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención

En 2011, la SS emitió el Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud,^{182/} con el cual pretendía lograr los objetivos siguientes:

- Garantizar acciones efectivas de promoción y prevención para cada uno de los grupos de la población.
- Favorecer la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud.

^{182/} Secretaría de Salud, **Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud**, México, 2011.

- Asegurar un sistema de información nominal al que se le pueda dar seguimiento y evaluar.^{183/}

Este paquete pretendía ser otorgado a todos los usuarios de las unidades de salud del primer nivel de atención de todas las instituciones públicas del SNS, y se integraba por dos componentes generales: 1) intervenciones dirigidas por grupos de edad (niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19, mujeres de 20 a 59, hombres de 20 a 59 y adultos de 60 años en adelante) en cinco procesos fundamentales (promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y orientación en salud reproductiva), y 2) conocimiento personal de las determinantes de la salud y el desarrollo de competencias para el manejo adecuado de ésta, a fin de modificar las circunstancias negativas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.^{184/}

En este documento se reconoció que el panorama epidemiológico del país mostraba que las principales causas de morbilidad podrían ser prevenidas, evitando muertes o gastos innecesarios a las personas, a las familias y al Estado. Asimismo, señaló que estas acciones se debían intensificar, debido a la tendencia demográfica que estaba acelerando el envejecimiento de la población, y que era indispensable intensificar desde ahora las acciones preventivas para que los adultos mayores puedan gozar de una vida de calidad en el futuro.

Al igual que en el caso del programa PREVENISSSTE, a la fecha de cierre de este informe no existe información consolidada para determinar el número de personas beneficiadas por este paquete de servicios médicos preventivos.

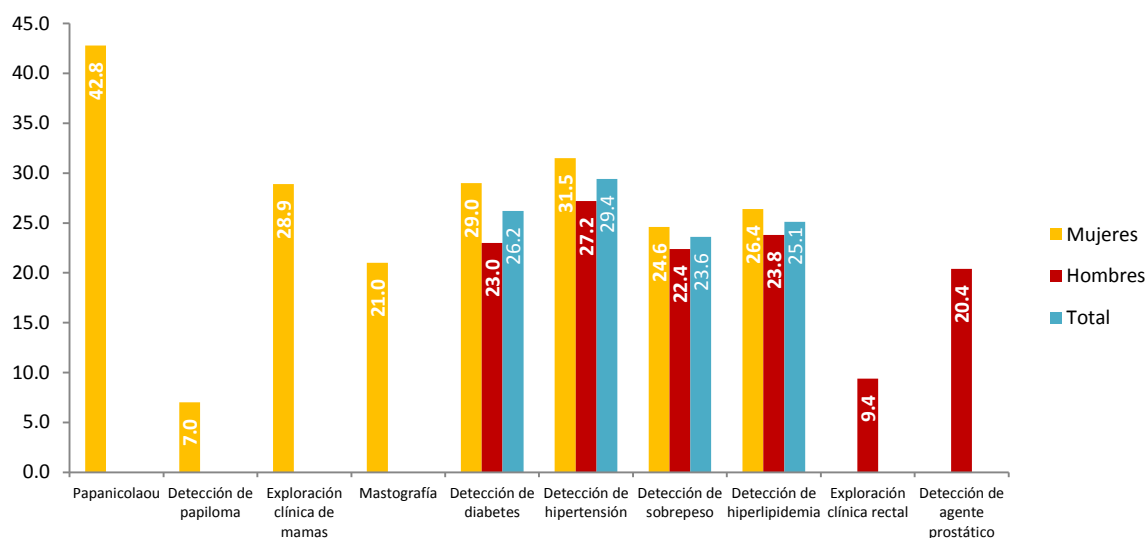
Sin embargo, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 señalan que el uso de programas de detección temprana de ciertas condiciones de salud y de diferentes factores de riesgo se ha incrementado por parte de la población adulta (20 a 65 años),^{185/} pero aún presentan un nivel de penetración bajo, como se muestra en la gráfica siguiente:

^{183/} **Ibidem.**, p. 11.

^{184/} **Id.**

^{185/} Por ser de interés particular de esta evaluación la población en edad productiva, el rango de edad analizado es de personas de entre 20 y 65 años de edad.

POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS QUE RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA
 EN LOS SERVICIOS PREVENTIVOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN TIPO DE SERVICIO, 2012
 (Porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales**, segunda edición, México, 2013.

NOTA: Para las detecciones de diabetes, hipertensión, sobrepeso e hiperlipidemias se considera al total de la población de 20 años y más; para Papanicolaou, a las mujeres de 20 a 65 años; para detección de papiloma a las mujeres de 35 a 50 años; para la exploración de senos a mujeres de 20 años y más; para mastografía a mujeres de 40 a 69 años; para tacto rectal y antígeno prostático a los hombres de 60 años y más.

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT, poco más de una cuarta parte de las personas (26.2%) de 20 años o más se realizó una prueba de glucosa en sangre en los 12 meses anteriores a la encuesta, cifra superior a la reportada en 2000 y 2006, que se ubicó en 22.0 y 10.5%, respectivamente. Por género, se observó que las mujeres acudieron con mayor frecuencia a realizarse este tipo de prueba, ya que 29.0% de ellas recibió atención médica preventiva para este la detección de este padecimiento, mientras que para los hombres el nivel fue de 23.0%, lo que representó una diferencia de 6 puntos porcentuales.

Las mediciones de tensión arterial, el año previo a la ENSANUT, también aumentaron: de 13.4% en 2000 a cerca de 22.0% en 2006, y a 29.4% en 2012, lo que significó un incremento de 16 puntos porcentuales entre el primero y el último año. Las mujeres nuevamente fueron quienes se practicaron mayormente las prueba de detección, con un nivel de 31.5% por un 27.2% de hombres, lo que significó una diferencia de 4.3 puntos porcentuales entre géneros.

Para las pruebas de detección de sobrepeso y obesidad en los 12 meses previos a la encuesta, 23.6% de los adultos de 20 años o más (22.4% en hombres y 24.6% en mujeres) y

determinación de triglicéridos, 25.1% (23.8% en hombres y 26.4% en mujeres) acudió a la prueba respectiva.

Los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudió en los últimos 12 meses a realizarse una prueba de detección de cáncer cérvico-uterino en comparación con los resultados de 2006 y 2000, ya que en 2012 se encontró que el 42.8% de las mujeres de 20 años o más acudió a un servicio médico para una prueba de Papanicolaou durante el año previo al levantamiento, mientras que 36.1% y 27.4% lo habían hecho el año previo al levantamiento de las encuestas de 2006 y 2000, respectivamente. Aunada a esta cifra en 2012, se agregaron las mujeres que fueron a realizarse la prueba para detección del virus del papiloma humano (información no recolectada previamente), con 7.0% de las mujeres de 20 años o más. Además, 28.9% de las mujeres de 20 años o más acudió a realizarse la exploración clínica de mamas. En el caso de la detección del cáncer de mama, 21.0% de las mujeres de 40 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la ENSANUT.

El porcentaje de hombres adultos de 60 años o más que se realizó la prueba de detección de cáncer de próstata por medio de antígeno prostático se incrementó de 10.4% en 2006 a 20.4% en 2012. Además, en 2012 se encontró que 9.4% de los hombres en ese mismo rango de edad acudió, en los 12 meses previos a la encuesta, a la prueba de tacto rectal.

Los datos indican que la frecuencia con que las personas se realizan intervención para la detección de enfermedades continúa siendo baja, ya que para ninguno de los servicios de medicina preventiva revisados el porcentaje de participación rebasó a la mitad de la población de interés. Asimismo, muestran que los hombres acuden con menor regularidad a dichos servicios.

- Morbilidad

La transición demográfica hacia el envejecimiento de la población está acompañada de una modificación en el perfil epidemiológico, que es consecuencia del propio deterioro funcional de la estructura biológica que se manifiesta en forma de vejez, pero que también depende de los estilos de vida de las personas. En todo el mundo, el número de personas que muere por enfermedades no transmisibles, como la cardiopatía isquémica y la diabetes, ha aumentado en

30.0% desde 1990.^{186/} En México, el perfil de morbilidad del periodo 2002-2014 mostró un comportamiento congruente con el ámbito internacional, ya que las principales enfermedades que aquejan a la población adulta son las asociadas a hábitos no saludables como el sedentarismo o las dietas hipercalóricas.

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2012, las epidemias de sobrepeso, obesidad y diabetes constituyeron un problema serio de salud pública, ya que en el año de referencia más de la mitad de la población adulta padecía de algún nivel de sobrepeso u obesidad. Situación que es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.^{187/}

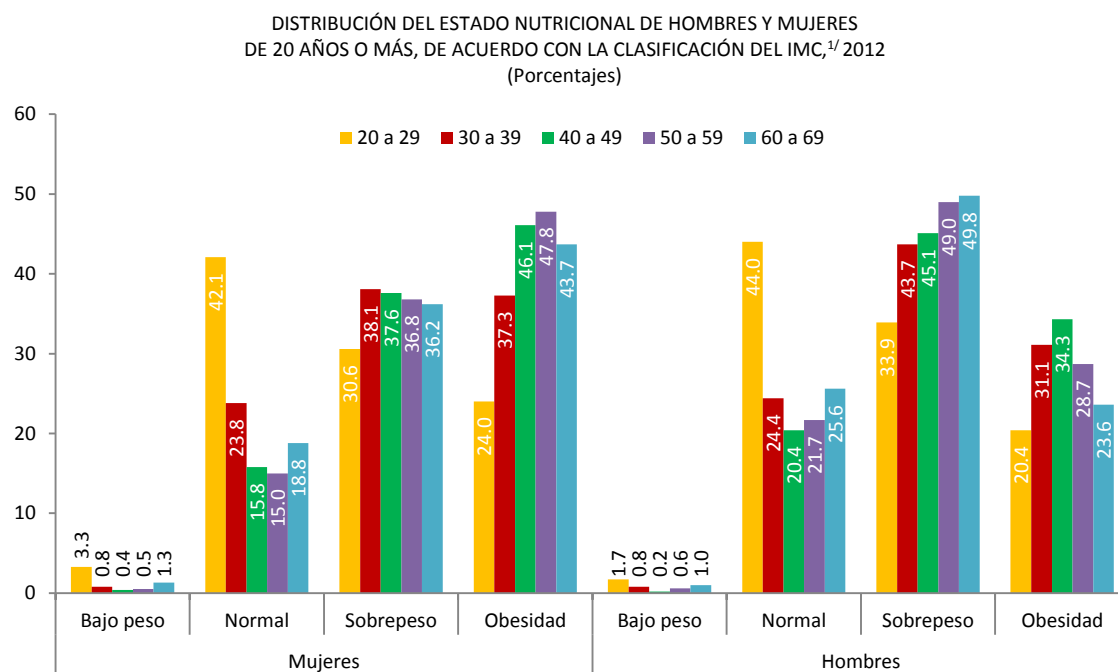
La OMS señala que el sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo II; la hipertensión arterial; las dislipidemias; la enfermedad coronaria; la enfermedad vascular cerebral; la osteoartritis, y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón. De hecho señala que el riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC).^{188/}

Los niveles de prevalencia del sobrepeso y la obesidad para la población de 20 años o más, de acuerdo con su estado nutricional, se muestra a continuación:

^{186/} Institute for Health Metrics and Evaluation, **La Carga Mundial de Morbilidad: Generar Evidencia, Orientar Políticas**, Banco Mundial, Seattle, 2013, p. 21.

^{187/} Secretaría de Salud, **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**, 2013. La OMS define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa; el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el IMC, y clasifica como sobrepeso cuando éste es igual o superior a 25, y como obesidad cuando es igual o superior a 30.

^{188/} Organización Mundial de la Salud, **Obesidad y sobrepeso**, Nota descriptiva N°311, Enero de 2015. Disponible en < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> >.



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales**, segunda edición, México, 2013.

1/ Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso 25-29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m².

Los datos de la ENSANUT señalan que más de la mitad de las mujeres de entre 20 y 69 años de edad padece de sobrepeso u obesidad, proporción que tiende a incrementarse con la edad: para el grupo de mujeres de 20 a 29 la prevalencia del sobrepeso y obesidad fue de 54.6%; para las de 30 a 39, fue 75.4%; para las de 40 a 49, fue de 83.7%; para las de 50 a 59, fue de 84.6%, y para las de 60 a 69, fue de 79.9%. El porcentaje de hombres con algún nivel de sobrepeso u obesidad también alcanzó a más de la mitad de la población, aunque la prevalencia fue menor que en el caso de las mujeres. Para la población masculina el nivel más elevado de estos padecimientos se alcanzó hacia los 50 años; para el grupo de hombres entre los 20 y 29 años de edad la prevalencia del sobrepeso y obesidad fue de 54.3%; para los de 30 a 39, fue 74.8%; para las de 40 a 49, fue de 79.4%; para las de 50 a 59, fue de 77.7%, y para las de 60 a 69, fue de 73.4%.

Los altos niveles de prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sostenibilidad del SNS, porque incrementan el riesgo entre las personas que los padecen de desarrollar enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia, y por el uso de recursos

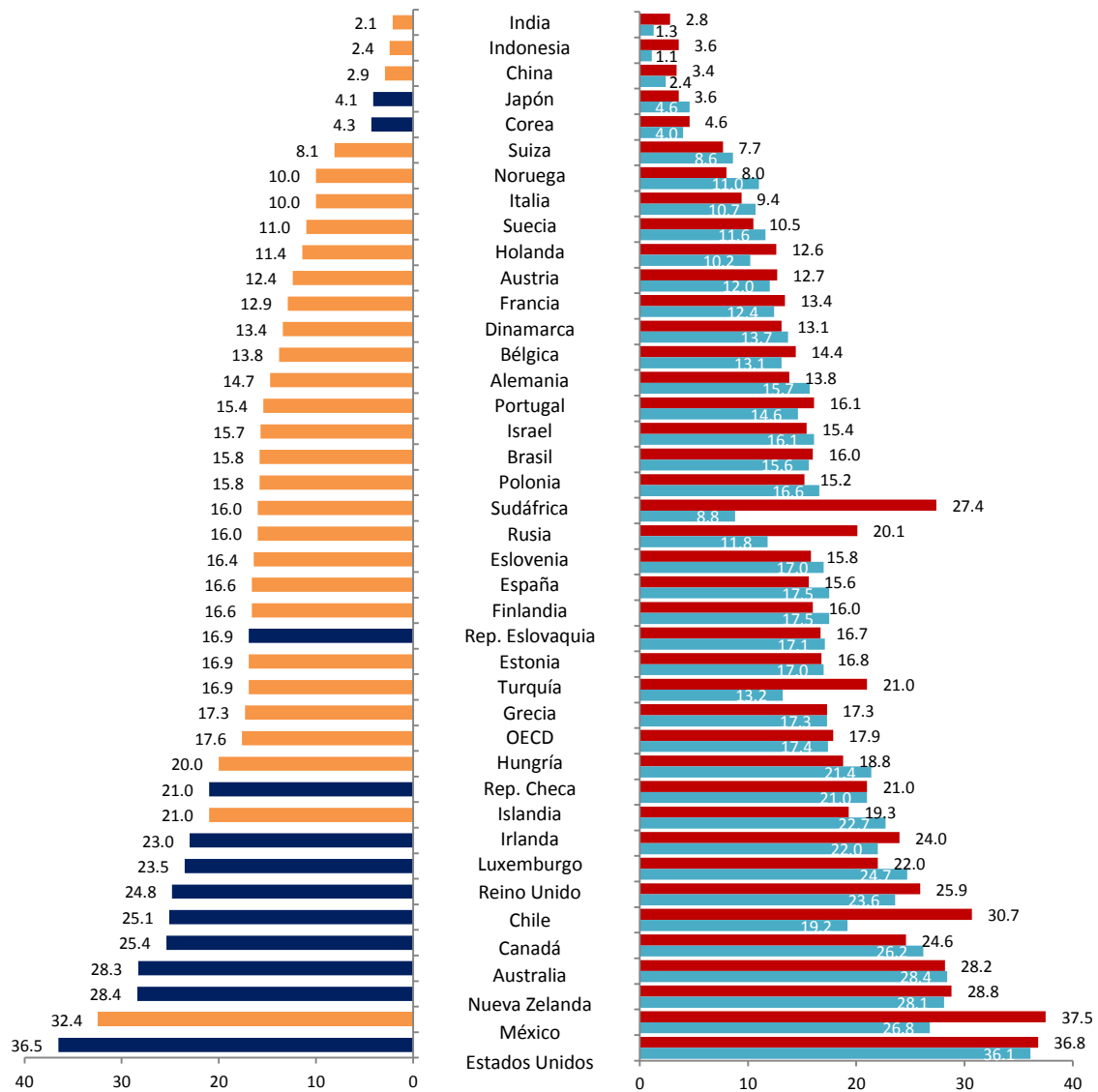
especializados y de mayor tecnología por un tiempo prolongado que demandan a los servicios de salud altos costos para su atención.

Si bien no existe información concreta sobre el costo unitario que genera la atención médica de estos padecimientos, se estimó que el costo directo anual para el sistema público de salud derivado de 14 complicaciones de cuatro enfermedades vinculadas con la obesidad (cáncer de mama, diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis) fue de 42,000.0 millones de pesos en 2008, equivalente al 13.0% del gasto total en salud en ese año. El costo indirecto por pérdida de productividad, se estimó en 25,000.0 millones de pesos. En 2017, se prevé que el costo directo fluctúe entre 78,000 y 101,000 millones de pesos, y el indirecto, entre 73,000 y 101,000 millones de pesos en 2017.^{189/}

En el ámbito internacional, México tiene uno de los porcentajes más altos en la prevalencia de la obesidad entre la población adulta; de una muestra de países miembros de la OCDE y no miembros el país se ubicó en el penúltimo lugar sólo por encima de Estados Unidos, el detalle se presenta en la gráfica siguiente:

^{189/} Secretaría de Salud, **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**, 2013, p. 21.

PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS DE EDAD CON OBESIDAD, 2011 O AÑO MÁS CERCANO
 (Porcentaje)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, 2013.

■ Obesidad autoreportada ■ Obesidad medida ■ Mujeres ■ Hombres

Los datos de la OCDE muestran que la proporción de personas con algún nivel de obesidad en México es cercana al doble (188.4%) del promedio de este organismo y casi 7 veces mayor (690.2%) que la prevalencia registrada en Japón, país miembro, con el menor porcentaje de su población con este padecimiento. En comparación con países similares como Turquía o Chile, México reportó un porcentaje de obesidad de 91.7 y 29.1% mayor. Esta situación se agravó para el caso de las mujeres, las cuales presentaron el nivel obesidad más alto entre los países

miembros de la OCDE y no miembros revisados, con una prevalencia de 37.5%, lo que en comparación con la población masculina (26.8%) representó un diferencia de 0.4 veces más.

La evolución del perfil de morbilidad de los adultos de 20 a 59 años de edad para el periodo 2002-2014 se muestra en el cuadro siguiente:

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN MÉXICO, ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS, 2002-2014 (Miles de personas y número de casos nuevos por cada 100,000 habitantes)					
2002			2006		
Padecimiento	Total	Tasa	Padecimiento	Total	Tasa
Úlceras, gastritis y duodenitis	1,020.5	2,000.5	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,044.3	1,905.6
Hipertensión arterial	258.6	507.0	Hipertensión arterial	312.1	569.5
Diabetes mellitus (Tipo II)	203.9	399.8	Gingivitis y enfermedad periodontal	314.4	573.7
Asma	101.8	199.5	Diabetes mellitus (Tipo II)	253.1	461.9
Insuficiencia venosa periférica	195.4	383	Intoxicación por alacrán	130.8	238.7
Intoxicación por picadura de alacrán	107.6	210.9	Asma y estado asmático	88.8	162.0
Desnutrición leve	5	9.89	Desnutrición leve	5.9	10.9
2010			2014		
Padecimiento	Total	Tasa	Padecimiento	Total	Tasa
Úlceras, gastritis y duodenitis	1,080.4	1,825.5	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,019.1	1,608.8
Gingivitis y enfermedad periodontal	366.8	619.8	Gingivitis y enfermedad periodontal	720.4	1,137.2
Hipertensión arterial	326.9	552.4	Intoxicación por alacrán	154.2	243.4
Diabetes mellitus (Tipo II)	271.9	459.4	Obesidad	257.6	406.6
Asma y estado asmático	106.4	179.7	Asma y estado asmático	98.0	154.7
Quemaduras	73	123.4	Hipertensión arterial	291.7	460.6
Desnutrición leve	5.8	9.7	Diabetes mellitus (Tipo II)	250.8	396.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información obtenida de la Dirección General de Epidemiología, **Anuarios de Morbilidad 2002, 2006, 2010 y 2014**, y Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

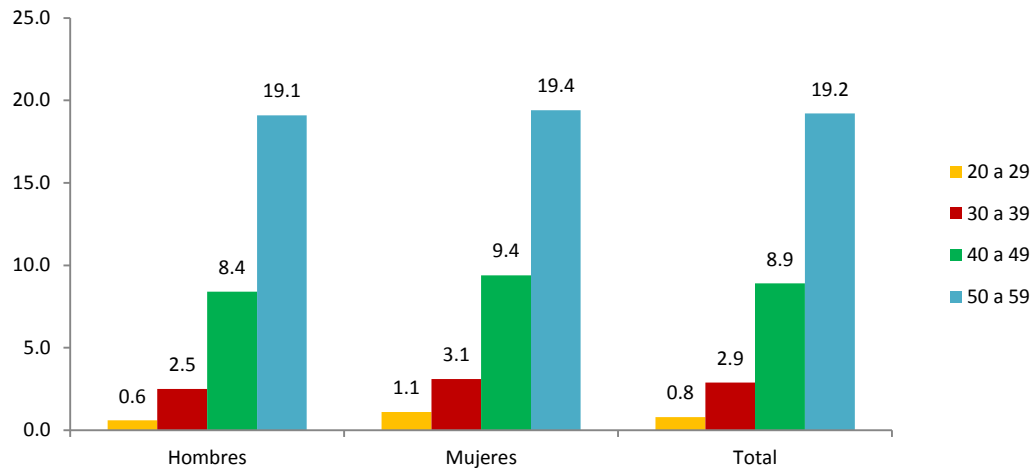
Nota 1: Las tasas se calcularon con las proyecciones poblacionales 2010-2030 del CONAPO.

Nota 2: Todas las enfermedades no transmisibles registradas pertenecen también a las 20 causas principales de morbilidad general para la población de 20 a 59 años.

El cuadro de morbilidad muestra que si bien la diabetes tipo II y la hipertensión han presentado una disminución en el número de su incidencia aún permanecen entre las principales enfermedades no transmisibles. La diabetes descendió su incidencia de 399.8 a 396.0 nuevos casos por cada 100,000 habitantes entre 2002 y 2012, lo que significó una reducción de cerca de 4 personas con este padecimiento al año; la hipertensión se redujo de 507.0 a 460.6 nuevos casos por cada 100,000 habitantes en el mismo periodo, lo que representó una reducción en su incidencia de alrededor de 50 enfermos anualmente.

Aunque no existen datos sobre la prevalencia de la diabetes, los resultados de la ENSANUT 2012 señalan que existe un incremento en el número de casos diagnosticados de esta enfermedad entre la población de 20 a 59 años de edad, como se muestra en la gráfica siguiente:

PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE REPORTARON
 HABER RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES, 2012
 (Porcentajes)

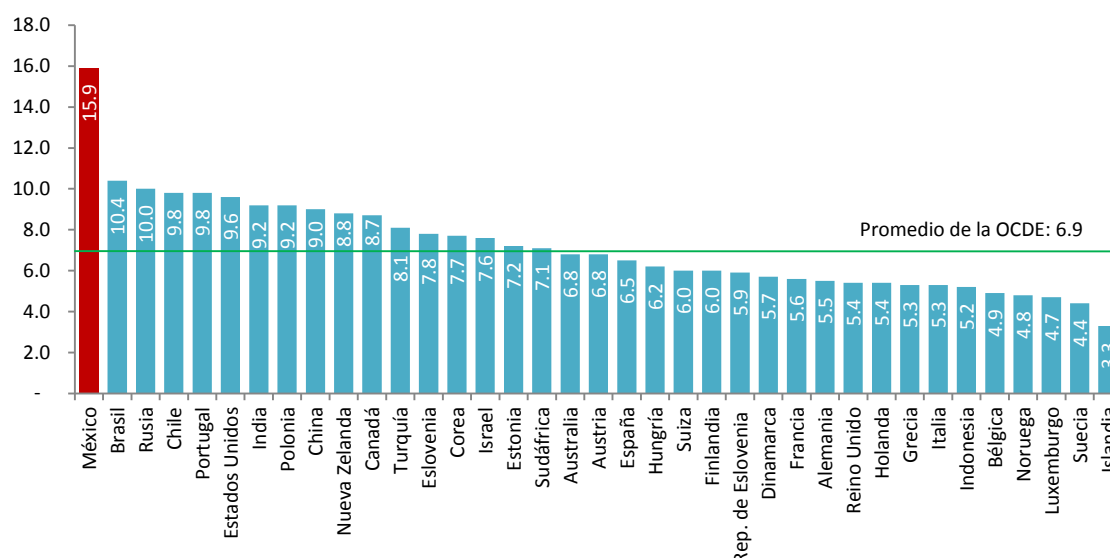


FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales**, segunda edición, México, 2013.

El porcentaje de adultos que refirió haber sido diagnosticado con diabetes se incrementó conforme avanzó su edad, mientras que menos del 1.0% (0.6% en el caso de hombres y 1.1% en el de mujeres) de las personas entre 20 y 29 años reportó haber recibido un diagnóstico previo de diabetes; el porcentaje rondó el 20.0% para el grupo de mayor edad (19.1% para hombres y 19.4% para mujeres).

La OCDE estimó que México es el país miembro con la más alta prevalencia de diabetes, calculada alrededor del 16.0% para la población de 20 a 79 años de edad, como se muestra en la gráfica siguiente:

PREVALENCIA ESTIMADA DE DIABETES ENTRE PERSONAS DE 20 A 79 AÑOS DE EDAD, 2011
(Porcentaje de la población)

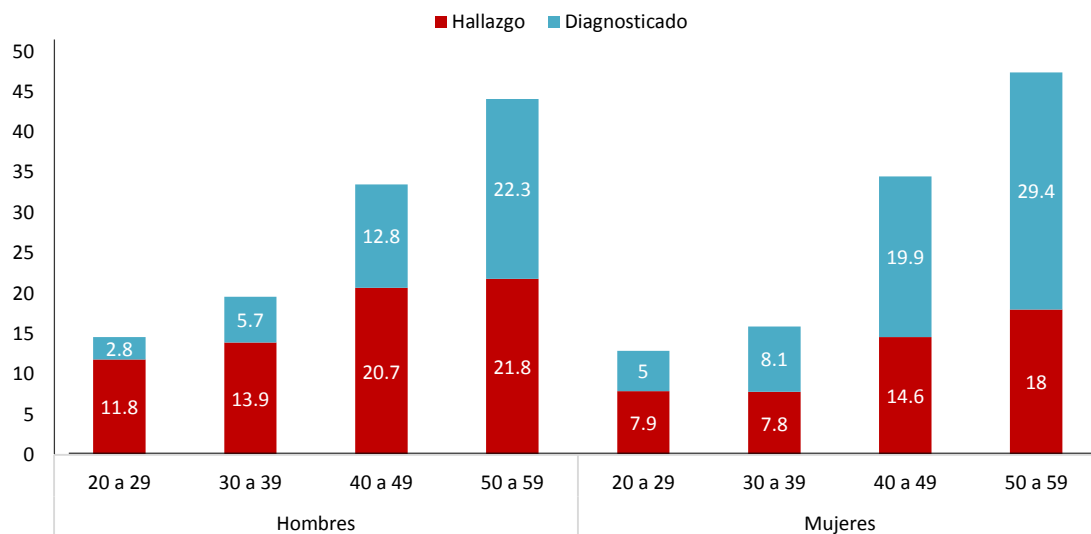


FUENTE: Elaborado por la ASF con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, 2013.

De acuerdo con la OCDE, en 2011 México registró una prevalencia estimada de diabetes superior al doble (130.4%) del promedio de esta organización, y casi cuatro veces (381.8%) mayor que la calculada para Islandia, país con el menor porcentaje de prevalencia de diabetes. En comparación con países latinoamericanos como Chile o Brasil, la prevalencia de la diabetes en el país fue alrededor de 0.5 veces mayor (52.9 y 62.2%, respectivamente). Este organismo señaló que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como ataque cardíaco y accidente cerebrovascular; también tienen riesgos elevados para la pérdida de la vista, el pie y la amputación de la pierna, debido a daños en los nervios y los vasos sanguíneos, e insuficiencia renal que requiere diálisis o trasplante.

En relación con la hipertensión arterial, los resultados de la ENSANUT señalan que la prevalencia de esta enfermedad observó un comportamiento similar al de la diabetes, ya que se incrementó conforme el grupo de edad envejecía: para el grupo de 20 a 29 años, la prevalencia fue de 13.6%; para el de 30 a 39 años, fue de 17.4%; para el de 40 a 49 años, fue de 34.0%, y para el de 50 a 59 años, fue de 45.9%. Lo anterior evidenció que la prevalencia se triplicó entre el primero y cuarto grupo. La prevalencia de la hipertensión por sexo y grupo de edad se presenta en la gráfica siguiente:

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2012
 (Porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales**, segunda edición, México, 2013.

Los resultados de la ENSANUT mostraron que la prevalencia de la hipertensión arterial se intensificó entre los hombres de 20 a 39 años, pero que ésta se revirtió para las mujeres de 40 a 59 años. Asimismo, evidenciaron que un porcentaje importante en cada grupo de edad no había recibido un diagnóstico y fue identificado a partir de la encuesta: en hombres el porcentaje de personas no diagnosticadas con esta enfermedad fue de 11.8% para el grupo más joven, y llegó a 21.8% para el más avejentado; en el caso de las mujeres, el porcentaje de personas hipertensas no identificadas se encontró en el 7.9% del en el grupo de 20 a 29 años, y en el 18.0%, en el grupo de 50 a 59 años.

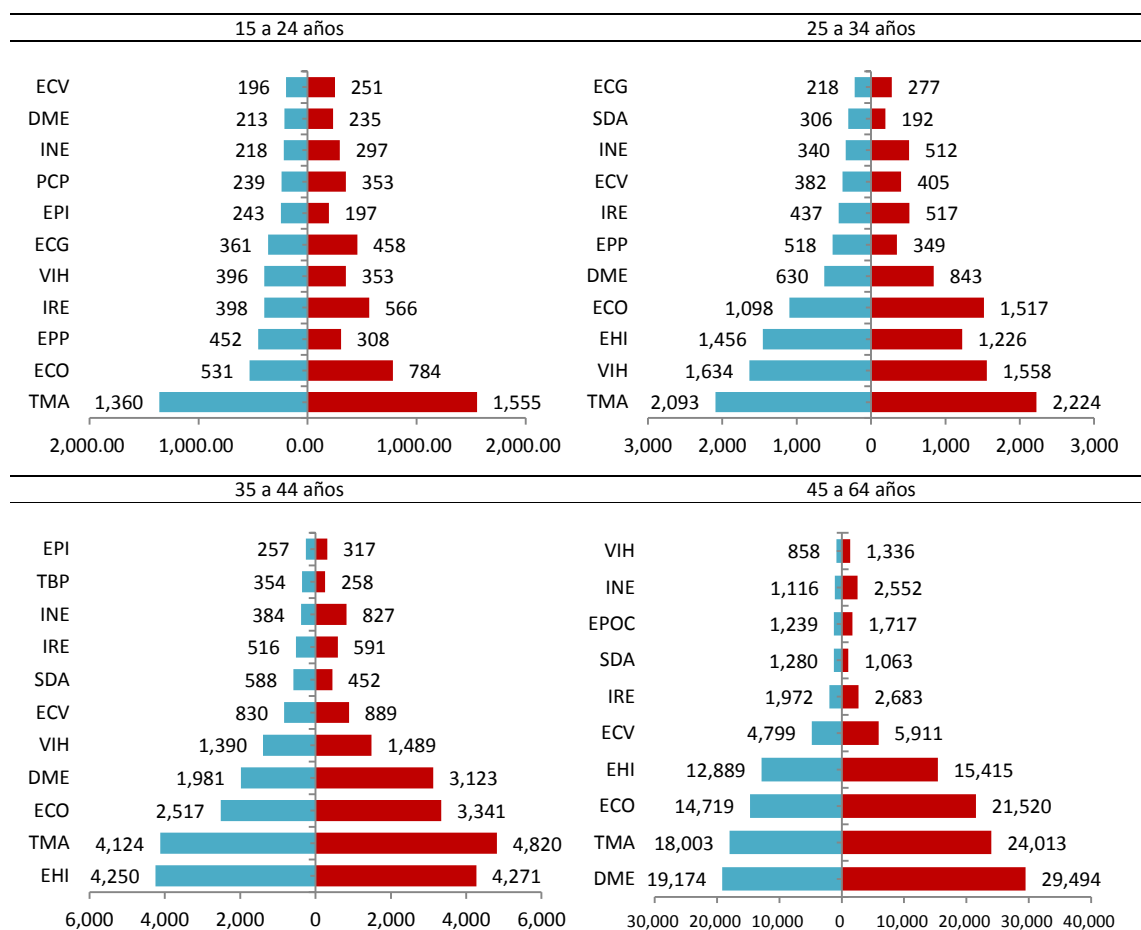
En síntesis, aunque se ha reducido la incidencia de la morbilidad por enfermedades no transmisibles, particularmente a causa de diabetes e hipertensión, los datos muestran que existe un número importante de personas que podría padecer estas enfermedades y que no han sido diagnosticadas, y que pese a los descensos registrados en estos padecimientos continúan siendo la principal causa de muerte en la población adulta.

- **Mortalidad**

En 2013, las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de muerte en las personas en edad productiva: de las 10 principales causas de muerte en personas de 15 a 24 años, las enfermedades no transmisibles representaron ocho de las 10 principales causas y

constituyeron las 4 causas principales; para los grupos de edad de 25 a 34 años y de 35 a 44 años, 8 de las 10 principales razones de mortalidad fueron padecimientos no transmisibles y al menos constituyeron la más habitual, y, para el grupo de 45 a 64 años, las 10 principales causas de muerte correspondieron exclusivamente a padecimientos no transmisibles. El detalle de lo anterior se presenta a continuación:

PRINCIPALES 10 CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO, 2002 y 2013^{1/}
 (Número de defunciones)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Tabulados de las principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido 2002-2013**, México, 2015.

■ 2002.

■ 2013.

DME: Diabetes mellitus.

INE: Influenza y neumonía.

ECG: Enfermedades congénitas.

IRE: Insuficiencia renal.

ECO: Enfermedades del corazón.*

PCP: Parálisis cerebral y parálisis.

ECV: Enfermedades cerebrovasculares.

SDA: Síndrome de dependencia del alcohol.

EHI: Enfermedad del hígado.

TBP: Tuberculosis pulmonar.

EPI: Epilepsia.

TMA: Tumores malignos.

EPOC: Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

EPP: Embarazo, parto y puerperio.**

Nota 1: En el grupo de 15 a 44 años se agregó una causa de muerte para mostrar el comportamiento de las 10 prevalecientes en el primer año de análisis.

^{1/} Se excluyen las muertes violentas: accidentes, agresiones, suicidio y las que figuran entre las principales 20 causas de muerte denominadas “otras causas”.

* Se excluye paro cardíaco.

** Incluye tétanos obstétrico, trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, y osteomalacia puerperal.

De acuerdo con los datos del INEGI, la prevalencia de las enfermedades no transmisibles como causa de muerte se incrementó conforme avanzó la edad de las personas; por ejemplo, la diabetes pasó de ser la décima causa de muerte entre personas de 15 a 24 años, a ser la quinta en el grupo de 25 a 34 años; la cuarta, en el de 35 a 44 años, y la primera entre los individuos de 45 a 64 años.

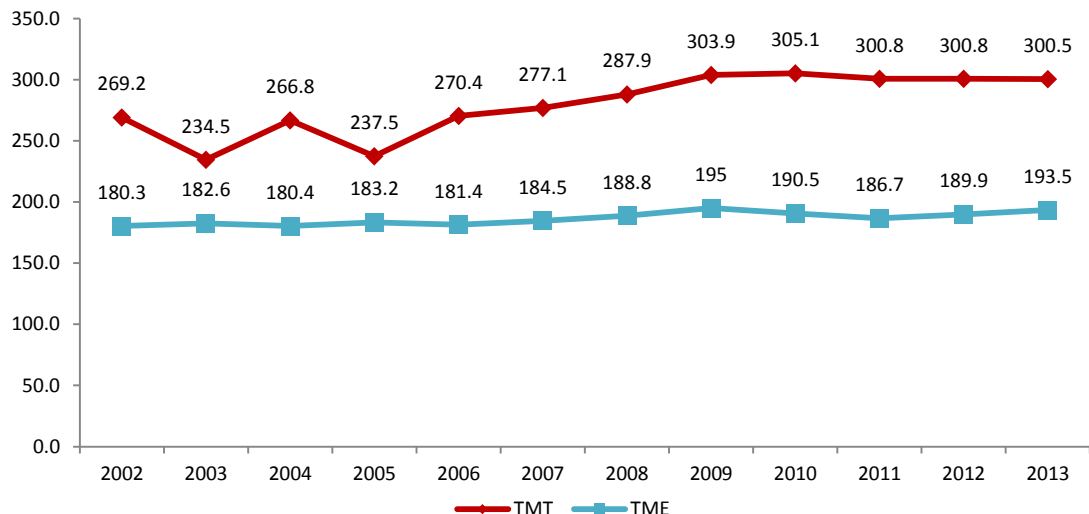
Los tumores malignos también ocuparon un lugar destacado entre las principales causas de muerte de la población en edad productiva: constituyendo la primera razón de mortalidad entre las personas de 15 a 34 años; para el grupo de edad más longevo, los tumores malignos representaron la segunda causa de muerte.

La mortalidad relacionada con las enfermedades cardíacas constituyó la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 24 años; la cuarta, entre la población de 25 a 34 años, y la tercera, para la de 35 a 64 años. Además, en de 34 a 64 años de edad las isquemias del corazón representaron la tercera causa de muerte.

La prevalencia de las enfermedades del hígado como causa de muerte constituyó la tercera razón de mortalidad entre las personas de 25 a 34 años; la primera, entre los 35 y 44 años, y la cuarta, entre la población de 45 a 64 años. Esta tendencia sugiere el incremento de hábitos nocivos para la salud, ya que un porcentaje importante de estos padecimientos están asociados con el alcoholismo.

La tasa de mortalidad en las personas en edad productiva en el periodo 2002-2013, se observa a continuación:

TASAS DE MORTALIDAD TOTAL EN EDAD PRODUCTIVA Y PARA MUERTES POR ENFERMEDAD, 2002-2013
 (Muertes por cada 100,000 habitantes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Tabulados de las principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido 2002-2013**, México, 2015, y Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

Nota 1: Este indicador se constituye por el número registrado de defunciones en la población de 15 a 64 años por cada mil habitantes del mismo grupo de edad, en un año y área geográfica determinada.

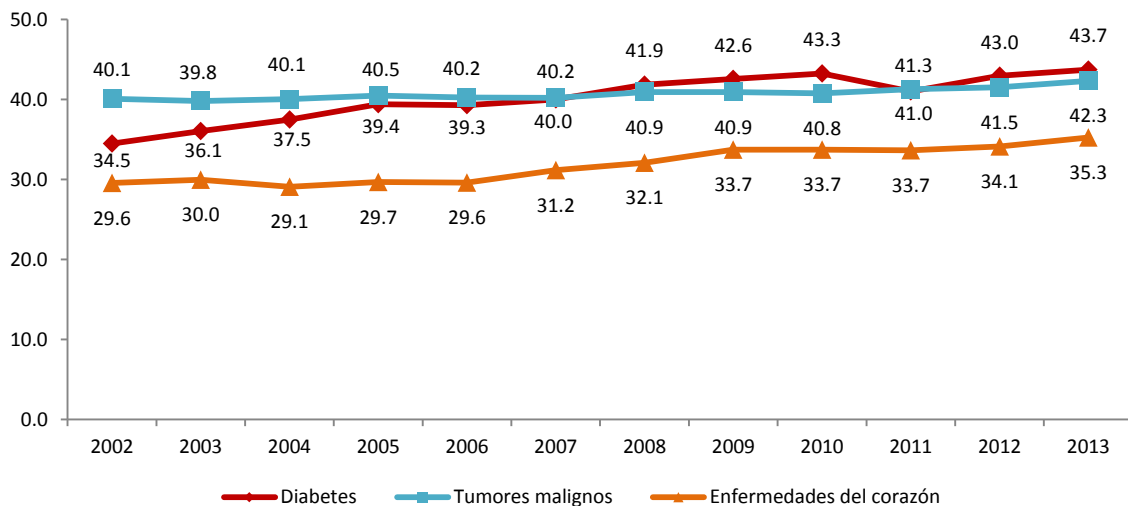
Nota 2: Se excluyen las muertes violentas: accidentes, agresiones, suicidio y las que figuran entre las principales 20 causas de muerte denominadas “otras causas”.

Nota 3: Las tasas se calcularon con las proyecciones poblacionales 2010-2030 del CONAPO.

Aunque la tasa de mortalidad observó un comportamiento heterogéneo en los primeros años, a partir de 2006 presentó un incremento constante que terminó en 300.5 muertes por cada 100,000 habitantes en 2013, lo que representó un incremento de 31.3 muertes por cada 100,000 habitantes, en relación con el primer año. La tasa de mortalidad relacionada exclusivamente con enfermedades del corazón creció en 13.2 casos nuevos entre 2002 y 2013, al pasar de 180.3 a 193.5 muertes por cada 100,000 habitantes.

La tasa de mortalidad de las tres principales enfermedades no transmisibles para las personas en edad productiva se muestra a continuación:

TASAS DE MORTALIDAD DE LAS TRES PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES,
 EN PERSONAS EN EDAD PRODUCTIVA 2002-2013
 (Defunciones por cada 100,000 habitantes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Tabulados de las principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido 2002-2013**, México, 2015, y Consejo Nacional de Población, **Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas**, México, 2014.

NOTA 1: Se excluyen las muertes violentas: accidentes, agresiones, suicidio y las que figuran entre las principales 20 causas de muerte denominadas como “otras causas”.

NOTA 2: Las tasas se calcularon con las proyecciones poblacionales 2010-2030 del CONAPO.

La tasa de mortalidad causada por la diabetes tuvo el mayor incremento en el periodo 2002-2013, al pasar de 34.5 a 43.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, lo que representó 9.2 casos de muerte más por cada 100,000 habitantes. Las tasas de mortalidad relativas a los tumores malignos y enfermedades del corazón se acrecentaron en 2.2 y 5.7 muertes por cada 100,000 habitantes en el periodo de referencia, respectivamente.

En general, la situación de la mortalidad en México muestra que las enfermedades no trasmisibles desplazaron a las de tipo infeccioso como las principales causas de muerte de la población en edad productiva, lo cual no sólo advierte de la alta letalidad asociada a dichas enfermedades, sino también de un problema de salud que afectará de manera determinante la principal fuerza productiva del país, ya que un porcentaje importante padecerá de estos males y morirá a consecuencia de ellos.

- Esperanza de vida saludable

La esperanza de vida saludable es la cantidad de años que una persona de determinada edad puede esperar vivir con buena salud, teniendo en cuenta la mortalidad y la discapacidad. Este indicador permite ver el desfase que existe entre la expectativa de años de vida de una

sociedad y la cantidad de ellos que vivirá en condiciones de salud. En 2013, la esperanza de vida estimada en México fue de 72.2 años para hombres y de 78.7 años para mujeres, en tanto que la esperanza de vida con buena salud estimada ascendió a 63.8 años, en el primer caso, y a 67.8 años, en el segundo. Lo anterior representó una pérdida de 8.4 años de vida saludable para los hombres y de 10.9 años para las mujeres; en consecuencia, a pesar de que las mujeres aspiran a vivir más años que sus pares masculinos, este tiempo lo vivirán en condición ya sea de enfermedad, de discapacidad o ambas. Un comparativo sobre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable en el ámbito internacional se presenta en el cuadro siguiente:

ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE POR SEXO
 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 1990, 2005 Y 2013
 (Años y porcentajes)

País	1990				2005				2013				Tasa de crecimiento			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS	EV	EVAS
Alemania	72.0	62.3	78.5	66.7	76.6	66.1	82.1	69.4	78.2	67.3	83.1	70.3	8.6	8.0	5.9	5.4
Argentina	69.0	61.3	76.2	66.6	71.8	63.6	79.0	68.7	72.3	64.2	79.6	69.4	4.8	4.7	4.5	4.2
Australia	73.9	64.1	80.2	67.9	78.8	67.8	83.6	70.4	79.7	68.4	84.0	70.6	7.8	6.7	4.7	4.0
Bélgica	72.7	63.0	79.2	67.6	76.3	65.7	82.0	69.5	77.6	67.1	82.7	70.3	6.7	6.5	4.4	4.0
Brasil	65.5	57.8	73.0	62.8	69.8	61.3	77.1	66.1	71.7	62.8	78.4	67.1	9.5	8.7	7.4	6.8
Canadá	74.2	65.1	80.6	68.7	77.9	67.8	82.6	70.3	79.4	69.1	83.4	71.0	7.0	6.1	3.5	3.3
Chile	69.5	61.7	76.5	66.8	75.5	66.5	81.1	70.2	76.3	67.3	81.7	70.8	9.8	9.1	6.8	6.0
Colombia	67.0	58.4	75.0	64.4	70.7	62.0	77.5	66.3	72.3	63.2	78.9	67.6	7.9	8.2	5.2	5.0
Corea	67.7	60.5	76.3	66.5	75.3	66.6	82.0	70.8	77.2	68.3	83.7	72.1	14.0	12.9	9.7	8.4
Costa Rica	74.6	65.4	78.7	67.9	76.6	67.2	81.2	69.3	77.6	68.0	82.1	70.1	4.0	4.0	4.3	3.2
Dinamarca	72.3	63.2	77.8	66.9	75.9	66.1	80.4	68.7	77.8	67.8	82.0	70.1	7.6	7.3	5.4	4.8
España	73.3	63.9	80.6	68.9	77.1	66.9	83.7	71.5	79.0	68.4	84.4	71.8	7.8	7.0	4.7	4.2
Estados Unidos	71.9	62.7	78.8	67.0	75.0	64.8	80.3	67.7	76.3	65.8	81.4	68.6	6.1	4.9	3.3	2.4
Francia	73.0	64.0	81.2	69.5	76.8	67.1	83.9	71.4	78.4	68.4	84.9	72.3	7.4	6.9	4.6	4.0
Holanda	73.9	64.6	80.1	68.3	77.3	67.2	81.6	69.6	78.7	68.4	82.4	70.2	6.5	5.9	2.9	2.8
Hungría	65.3	57.8	73.9	64.3	68.8	60.7	77.3	66.9	72.2	63.6	79.3	68.7	10.6	10.0	7.3	6.8
Japón	76.0	68.1	82.0	72.2	78.7	69.9	85.8	74.8	80.1	71.1	86.4	75.6	5.4	4.4	5.4	4.7
México	68.9	60.8	75.3	65.2	72.6	64.0	78.5	67.5	72.2	63.8	78.7	67.8	4.8	4.9	4.5	4.0
Polonia	66.4	58.7	75.4	65.6	70.7	62.1	79.3	68.5	72.6	63.9	81.0	70.0	9.3	8.9	7.5	6.7
Portugal	70.7	61.8	77.8	66.9	75.0	65.5	81.7	69.7	76.7	66.7	83.0	70.8	8.5	7.9	6.7	5.8
Reino Unido	72.9	63.8	78.4	67.3	76.8	66.7	81.2	69.3	79.1	68.5	82.8	70.6	8.5	7.4	5.6	4.9
República Checa	67.8	59.6	75.5	65.5	73.0	63.7	79.4	68.4	75.3	65.6	80.9	69.8	11.1	10.1	7.2	6.4
Uruguay	69.2	61.5	76.7	67.0	71.7	63.8	79.0	68.7	73.0	64.8	80.6	70.0	5.5	5.4	5.1	4.5
PED	61.4	54.0	64.9	56.3	65.0	57.3	69.1	59.9	67.3	59.5	72.3	62.7	9.6	10.2	11.4	11.4
PD	70.6	62.1	78.0	67.2	72.6	63.6	79.9	68.5	75.5	66.0	81.8	70.0	6.9	6.3	4.9	4.2
PM	63.0	55.4	67.7	58.5	66.2	58.3	71.3	61.5	68.8	60.6	74.3	64.1	9.2	9.4	9.7	9.6

FUENTE: Elaborado por la ASF con información de Christopher J.L. Murray et al, **Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition**, 26 de agosto de 2015, y del Institute for Health Metrics and Evaluation, **La Carga Mundial de Morbilidad: Generar Evidencia, Orientar Políticas**, Banco Mundial, Seattle, 2013.

EV: Esperanza de vida.

EVAS: Esperanza de vida sana.

PED: Promedio de los países en desarrollo.

PD: Promedio de los países desarrollados.

PM: Promedio mundial.

Los datos señalan que el promedio mundial de esperanza de vida ha mejorado, para hombres ésta se incrementó en 9.2%, al pasar de 63.0 a 68.8 años entre 1990 y 2013; para las mujeres

el incremento fue de 9.7%, al pasar de 67.7 a 74.3 años en el mismo periodo. La esperanza de vida saludable de los hombres tuvo un incremento de 9.4%, al pasar de 55.4 a 60.6 años de vida saludable en el periodo de referencia, y de 9.6% para la población femenina, de 58.5 a 64.1 años. En comparación con este promedio mundial, México presentó una esperanza de vida y de vida saludables mayores en todos los años, tanto para hombres como para mujeres; sin embargo, los niveles de crecimiento que reportó fueron inferiores a los del promedio mundial: la EV tuvo un incremento de 4.8% para hombres y de 4.5% para mujeres, mientras que la EVAS registró un aumento de 4.9% para el primer grupo y de 4.0% para el segundo.

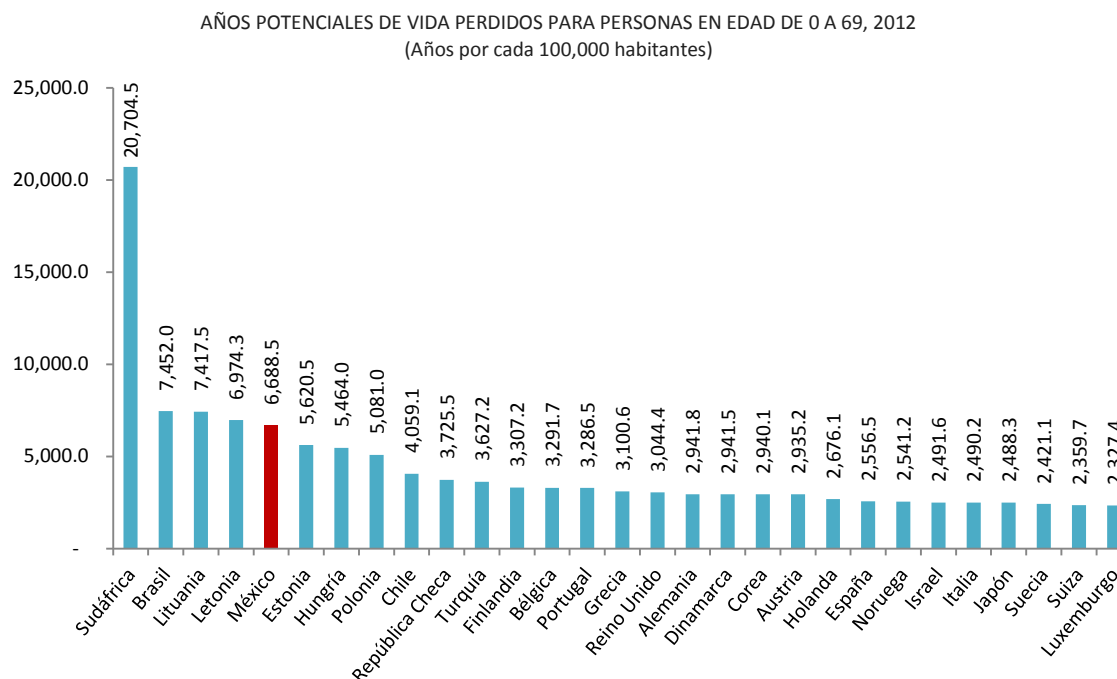
En comparación con países en desarrollo, México presentó mejores niveles de EV y EVAS en hombres y mujeres: la EV para los hombres fue 4.8 años mayor que el promedio de los PED, y para las mujeres esta diferencia llegó a los 6.9 años; la EVAS para la población masculina mexicana fue mayor en 4.3 años que la de sus pares de los PEM, este valor alcanzó los 5.1 años en favor de la población femenina. Aunque en el contexto latinoamericano se observaron niveles de EV y EVAS heterogéneos, México tiene una mayor esperanza de vida y de vida sana que Brasil, similar a la de sus pares de Argentina y Colombia, pero inferior a Costa Rica, Uruguay y Chile.

En comparación con Chile, país miembro de la OCDE y con un nivel de desarrollo socioeconómico equiparable, en México la EV para hombres fue 4.1 años menor que la registrada en el país andino, y de 2.3 años menos en mujeres; la EVAS para la población masculina fue 4.1 años inferior a la de sus pares chilenos, de 2.0 años para la población femenina.

En general, los datos señalan que a pesar de que en México se ha mejorado la EV y la EVAS, con una diferencia en favor de los hombres, aún persiste una brecha importante entre los años que una persona promedio puede esperar vivir y el número de años que los vivirá con buena salud como consecuencia de la prevalencia de enfermedades y discapacidades. En el periodo 1990-2013, la EV se incrementó 3.3 años en hombres y 3.4 años en mujeres, mientras que la EVAS se acrecentó 3.0 años en hombres y 2.6 años en mujeres, lo que evidenció un menor crecimiento, en términos absolutos, de la expectativa que una persona tiene de vivir con buena salud su vida. Estos incrementos fueron inferiores a los reportados a nivel mundial y para el conjunto de países en desarrollo.

- Años potenciales de vida perdidos

Una forma de medir el impacto de las enfermedades sobre la salud de las personas en un conjunto poblacional es por medio del indicador “Años potenciales de vida perdidos”, que mide el número de años de vida interrumpidos por causa de la mortalidad prematura, pero que pueden ser prevenibles, y se presenta como un total de años perdidos por cada 100,000 habitantes (hombres y mujeres) para el grupo de edad de 0 a 69 años. El detalle del número de años potenciales de vida perdidos para México en el ámbito internacional se muestra a continuación:



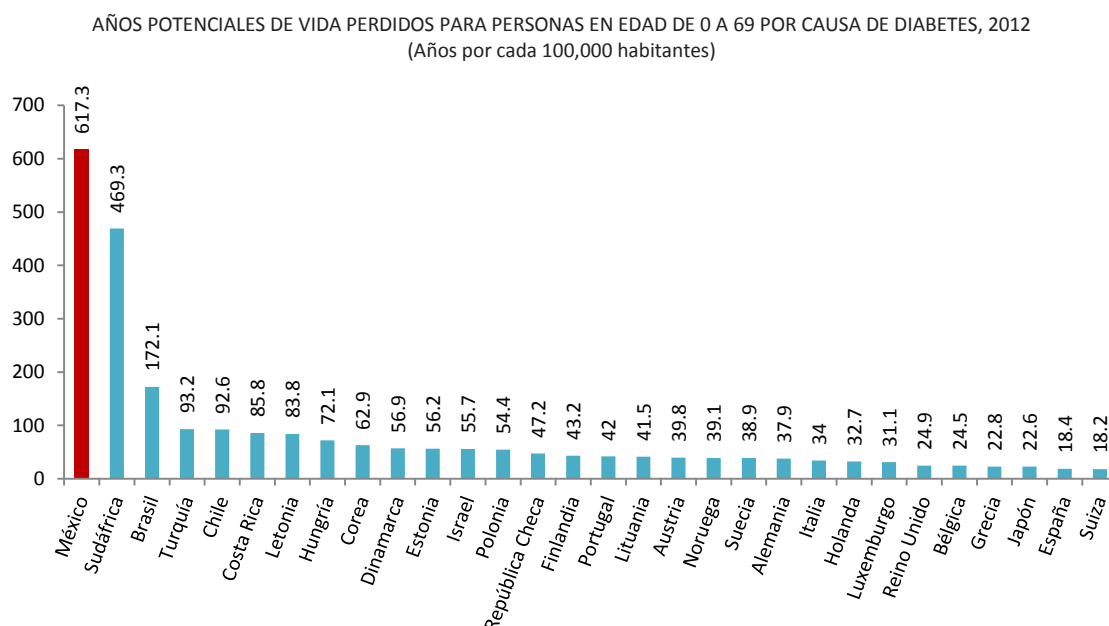
FUENTE: Elaborado por la ASF con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Health Status: Potential years of life lost. Data base**. Disponible en < http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT >.

Nota: El cálculo de años potenciales de vida perdidos consiste en resumir el número de muertes que ocurren en cada edad y multiplicar este dato por el número de años que quedan a la altura de un límite de edad seleccionado (70 años de edad se es el parámetro de las estadísticas de salud de la OCDE).

De acuerdo con datos de la OCDE, en 2012, México perdió 6,688.5 años de vida por cada 100,000 habitantes, lo que lo ubicó como el país miembro con el mayor número de años de vida potencialmente perdidos y uno de los más altos de la muestra analizada, debido a la prevalencia de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas y lesiones. En comparación con Luxemburgo, país con el menor número de años potencialmente perdidos, México perdió cerca de dos veces (187.4%) más años de vida, lo que en términos absolutos representó 4,361.1 años más de vida perdidos. En relación con países con un desarrollo similar como Chile

o Turquía, México perdió más de una vez y media (164.8%) y cerca del doble (184.4%) de años de vida potencial, respectivamente; en contraste, presentó un nivel inferior de años potencialmente perdidos que Sudáfrica y Brasil, en 209.6% y de 11.4%, para cada caso.

Para el caso de la pérdida potencial de años, debido a la diabetes, una de las principales causas de muerte en el país, México se coloca como el país que pierde más años de vida por esta razón, como se muestra en la gráfica siguiente:



FUENTE: Elaborado por la ASF con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Health Status: Potential years of life lost. Data base.** Disponible en < http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT >.

En 2012, México perdió 617.3 años potenciales de vida por muertes causadas por la diabetes, esto representó el valor más alto para los países miembros y no miembros analizados. En comparación con Suiza, país con el menor número de años potencialmente perdidos por causa de esta enfermedad, México reportó una pérdida potencial de años mayor casi en 33 veces (3,291.8%), lo que en términos absolutos significó una pérdida de 599.1 años más que en el país europeo; en relación con países similares de la OCDE como Chile y Turquía, México perdió más de 5 veces el número de años vida potenciales (566.6 y 562.3%, respectivamente) y, respecto de países similares no miembros como Sudáfrica y Brasil el número de años de vida potenciales perdidos fue 131.5 y 258.7% mayor, respectivamente.

- Sostenibilidad financiera

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cuando el financiamiento de los sistemas de salud depende mayoritariamente del gasto particular o de bolsillo,^{190/} esto se constituye en una barrera para lograr el acceso universal a servicios sanitarios de calidad, ya que la obligación de pagar por los servicios de salud en el momento en que las personas son atendidas las disuade de utilizarlos, en particular aquéllos relacionados con la prevención y promoción de salud, y hace que aplacen los controles sanitarios tanto curativos como preventivos. En consecuencia, los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud de las personas a corto y largo plazos, puesto que éstas están más expuestas a no recibir un tratamiento temprano y oportuno, cuando las expectativas de curación son mayores. Por ello, este organismos de salud sostiene que el gasto de bolsillo no debe superar el rango de 30.0 a 40.0% del gasto total en salud.^{191/}

En México, uno de los problemas principales que presenta el SNS es justamente este tipo de gasto, ya que el gasto proveniente directamente del bolsillo de las personas constituyó su principal fuente de financiamiento, aun cuando el gasto público se ha duplicado (210.0%) entre 2002 y 2013, por lo que, parece contradictorio, que el nivel de gasto de bolsillo permanezca prácticamente igual desde el año 2000, particularmente si se toma en cuenta la creciente inversión de recursos públicos al establecimiento del Seguro Popular para la población abierta.^{192/}

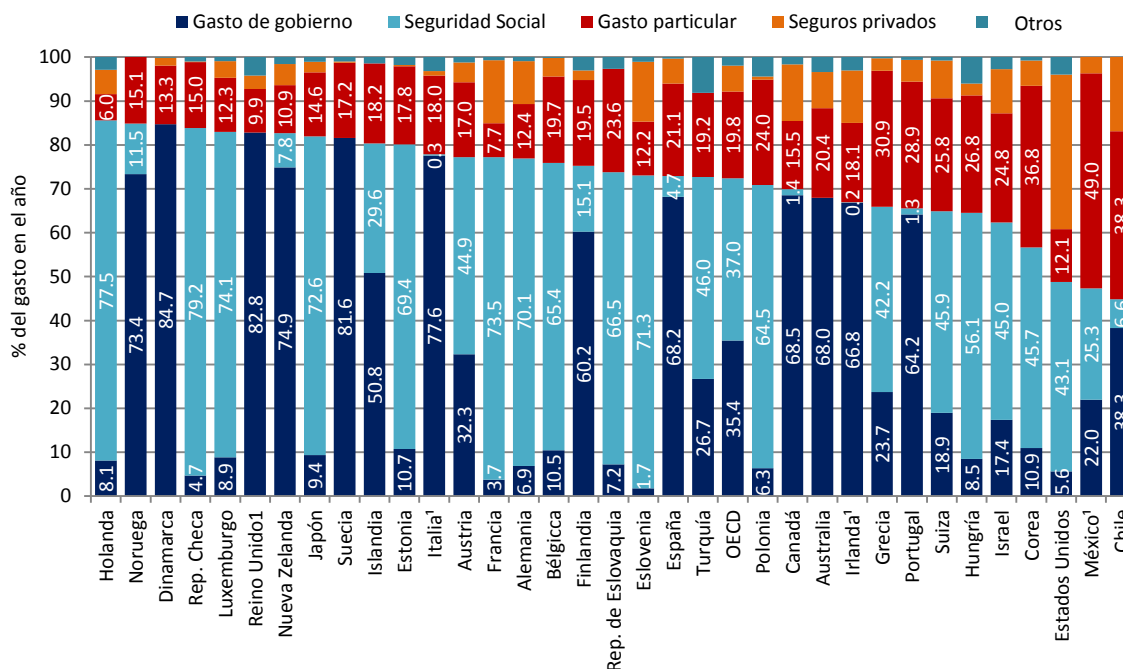
Un informe de la OCDE señaló que casi la mitad (49.0%) del gasto nacional en salud es financiado por los propios pacientes, y la mayoría de la otra mitad (47.3%) es del sector público, ya sea costado directamente por el gobierno o por las instituciones de seguridad social. El detalle del gasto en salud y un comparativo internacional se muestra a continuación:

^{190/} El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan, mediante gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias.

^{191/} Organización Mundial de la Salud, **Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**, 2010, pp. 5 y ss.

^{192/} Dirección General de Información en Salud, **Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento, 1993-2013**. Disponible en < <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud.htm> >.

GASTO EN SALUD POR TIPO DE FINANCIACIÓN, 2011 O EL AÑO MÁS CERCANO
 (Porcentajes)



FUENTE: Elaborado por la ASF con información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, 2013.

Para la mayoría de los países de la OCDE, el sector público constituyó la principal fuente de financiamiento para la atención de la salud. Alrededor de tres cuartas partes del gasto en salud fue financiado públicamente en 2011. Sólo en Chile (44.9%), México (47.3%) y los Estados Unidos (48.7%) la proporción del gasto público en salud fue inferior al 50.0%. El total del gasto público destinado para la prestación de bienes y servicios de salud en México fue menor en 25.1 puntos porcentuales respecto del promedio de la OCDE (72.4%); en tanto que el gasto directo del gobierno (22.0%) fue inferior en 13.4 puntos que la media de gasto que observo de este organismo (35.4%), y el gasto que realizaron las instituciones de seguridad social (25.3%) fue menor en 11.7 puntos porcentuales que la de sus similares de los países miembros (37.0%). El gasto de los particulares para financiar los servicios de salud en México fue el más alto de los países de la OCDE, y tuvo un valor cerca de 2.5 veces (147.5%) mayor que el promedio de esta organización.

Si se considera que el gasto de bolsillo corresponde principalmente al que realizan los pacientes de menores ingresos, como consecuencia de la insuficiencia de los servicios públicos de salud y de la falta de seguridad social, y que éste financia cerca de la mitad del gasto

nacional en salud el escenario de vulnerabilidad para esta población se incrementa, ya que la presencia de padecimientos de complejo, prolongado y oneroso tratamiento, como las enfermedades crónico-degenerativas, puede producir gastos catastróficos, incrementando aún más su situación de rezago social y de morbilidad.

Dada la importancia que tienen los institutos de seguridad social en el financiamiento del gasto nacional en salud, ya que aportan una cuarta parte del gasto total y poco más de la mitad del gasto público, a continuación se presenta el estado de resultado del IMSS y del ISSSTE en relación con el ramo de los seguros de salud correspondientes.

ESTADO DE RESULTADO PARA LOS SEGUROS DE SALUD DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, 2014-2050
 (Millones de pesos corrientes)

Concepto	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	TC	
IMSS	Ingresos	230,048	226,440	231,870	257,901	292,191	309,657	325,133	338,210	349,458	361,923	57.3
	Egresos ^{1/}	274,380	277,798	287,520	327,275	365,828	406,566	444,071	477,845	514,892	555,211	102.4
	Resultado	-44,332	-51,358	-55,650	-69,374	-73,637	-96,909	-118,938	-139,635	-165,434	-193,288	336.0
ISSSTE	Ingresos	52,025	55,083	56,497	61,712	67,663	73,195	n.d.	82,292	n.d.	90,388	73.7
	Egresos	61,435	56,964	59,160	68,750	81,589	94,554	n.d.	122,462	n.d.	150,892	145.6
	Resultado	-9,410	-1,881	-2,663	-7,038	-13,926	-21,359	n.a.	-40,170	n.a.	-60,504	543.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con información del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos**, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **Informe Financiero y Actuarial 2015**, México, 2015.

1/ Sólo registra el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad con registro parcial, por lo que no se incluye el costo neto del periodo para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y otras obligaciones laborales; si se incluye el valor anterior, el déficit actuarial alcanzó los 662,608 mdp, para 2014.

TC: Tasa de crecimiento simple.

De acuerdo con el Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos (ISFR) 2014-2015 del IMSS, se estima que el seguro de salud que maneja el IMSS (Seguro de Enfermedades y Maternidad) tendrá un déficit actuarial de 51,358 millones de pesos en el flujo de efectivo para el cierre de 2015, el cual, de concretarse, será mayor en 7,026 millones de pesos al presentado en 2014.

El balance de resultado muestra que los ingresos del Seguro de Enfermedades y Maternidad representarán únicamente el 81.5% del gasto estimado en 2015, y tan sólo el 65.0% del correspondiente a 2050, lo que representará un déficit de 193,288 millones de pesos, de los cuales 158,796 (82.2%) millones de pesos corresponderán al gasto en salud para pensionados.

El Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2015 del ISSSTE señala que los gastos del seguro no podrán ser cubiertos con los ingresos a partir del año 2015, por lo cual se prevé un déficit de 1,881 millones de pesos y se pronostica un déficit de 2,663 millones de pesos en 2016.

Asimismo, se precisa que en ausencia de transferencias gubernamentales, se deberán emplear los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial a partir de 2015, y que éstos tendrían un periodo de suficiencia de ocho años, por lo que, a partir del año 2023, se requerirán recursos adicionales.

De acuerdo con las estimaciones de estos informes, en 2050 el déficit de los seguros médicos que manejan el IMSS y el ISSSTE se habrá incrementado en 336.0 y 543.0%, respectivamente, respecto de 2014. Una de las causas fundamentales de este incremento tendrá su explicación en el incremento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, concretamente las de tipo crónico-degenerativo.

El gasto agregado de los principales padecimientos crónico-degenerativos que afectan a la población derechohabiente del IMSS se muestra en el cuadro siguiente:

GASTO MÉDICO DE LAS SEIS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS CON MAYOR IMPACTO FINANCIERO, 2014
 (Miles de personas y millones de pesos corrientes)

Padecimiento	Pacientes en tratamiento	Gasto			PP
		Ambulatorio	Hospitalario	Total	
Hipertensión arterial	4,030.1	22,412.0	6,355.0	28,767.0	33.4
Sin complicaciones	3,970.5	21,526.0	602.0	22,128.0	25.7
Con complicaciones directas ^{1/}	59.6	886.0	5,753.3	6,639.3	7.7
Diabetes mellitus	2,508.8	36,008.0	2,596.0	38,604.0	44.8
Sin complicaciones	1,991.7	11,656.0	0.0	11,656.0	13.5
Con complicaciones	517.1	24,352.0	2,596.0	26,948.0	31.3
Cáncer de mama	45.3	3,254.0	313.0	3,567.0	4.1
In situ	1.2	16.0	1.0	17.0	0.0
Cáncer	44.2	3,237.0	312.0	3,549.0	4.1
Cáncer cérvico-uterino	15.0	165.0	157.0	322.0	0.4
In situ	2.9	11.0	20.0	31.0	0.0
Cáncer	12.2	154.0	138.0	292.0	0.3
Insuficiencia renal crónica terminal (pacientes en terapia sustitutiva de la función renal)	58.1	13,137.0	113.0	13,250.0	15.4
VIH/SIDA	28.0	1,510.0	120.0	1,630.0	1.9
Total	6,685.3	76,486.0	9,654.0	86,140.0	100.0

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social, **Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos**, México, 2015.

1/ Complicaciones hospitalarias derivadas de la hipertensión arterial, tales como el infarto agudo al miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad renal crónica hipertensiva y las enfermedades vasculares cerebrales.

De acuerdo con el ISFR, los padecimientos crónico-degenerativos que afectaron al mayor número de derechohabientes del IMSS, en 2014, fueron la hipertensión arterial y la diabetes con una población atendida de 4,030.1 y 2,508.8 miles de personas, respectivamente; sin embargo, el gasto por las complicaciones que generó la diabetes en los pacientes afectados fue superior en 134.2% al de los pacientes hipertensos. De manera agregada, estos seis padecimientos representaron un gasto de 86,140.0 millones de pesos, equivalentes a cerca de una tercera parte (31.8%) del gasto en salud que realizó este instituto en el año de referencia.

En el ISSSTE, el gasto asociado a este tipo de enfermedades se presenta a continuación:

GASTO MÉDICO EN CINCO ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS CON MAYOR IMPACTO FINANCIERO, 2014
 (Miles de casos, millones de pesos corrientes y porcentajes)

Padecimiento	Consultas		Gasto			PP
	Consultas estimadas	Egresos hospitalarios	En consultas	Hospitalario	Total	
Cáncer ^{1/}	492.0	34.0	2,104.0	1,986.0	4,090.0	28.5
Enfermedades cardiovasculares ^{2/}	1,200.0	17.0	1,154.0	2,261.0	3,414.0	23.8
Insuficiencia renal crónica ^{3/}	1,392.0	12.0	1,596.0	833.0	2,430.0	16.9
Hipertensión arterial	2,776.0	3.0	2,223.0	155.0	2,378.0	16.5
Diabetes	2,109.0	13.0	1,670.0	390.0	2,060.0	14.3
Total	7,969.0	79.0	8,747.0	5,625.0	14,372.0	100.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **Informe Financiero y Actuarial 2015**, México, 2015.

1/ Las consultas por cáncer incluyen las sesiones de quimioterapia y radioterapia.

2/ Se incluyen en los casos de consulta las sesiones de hemodinamia.

3/ Las consultas por insuficiencia renal incluyen las sesiones de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

PP: Participación porcentual.

De acuerdo con el IFA 2015, en 2014 las 5 enfermedades más costosas para el ISSSTE fueron crónico-degenerativas y mostraron un nivel de prevalencia similar al de los derechohabientes del IMSS, ya que la mayor parte de los casos de las consultas dadas fueron por causa de la hipertensión, la diabetes y la infección renal crónica. Sin embargo, en este caso el mayor gasto se dio en el tratamiento del cáncer, que representó el 28.5% del gasto destinado a la atención de estas enfermedades, seguido del costo por enfermedades cardiovasculares (23.8%) y la insuficiencia renal (16.9%). En conjunto, estas enfermedades representaron casi una cuarta parte (23.4%) del gasto en salud del ISSSTE en el año de referencia.

Las proyecciones de las consultas, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico relacionados con la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas de los derechohabientes del IMSS, para el periodo 2020-2050, se presentan a continuación:

PROYECCIÓN DE CONSULTAS, PACIENTES BAJO TRATAMIENTO,
 EGRESOS HOSPITALARIOS Y GASTO MÉDICO, POR PADECIMIENTO, 2020-2050
 (Miles de casos y millones de pesos)

Padecimiento	Año	Casos			Gasto			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
Diabetes Mellitus	2020	16,234.1	2,088.6	96.5	11,389.1	8,120.7	19,797.1	39,306.9
	2030	20,563.5	2,252.8	126.4	18,224.1	13,439.5	26,641.6	58,305.2
	2040	24,446.0	2,302.3	156.7	27,372.6	21,067.1	33,956.2	82,395.9
	2050	26,936.2	2,303.8	179.7	38,112.5	30,533.4	42,476.0	111,121.9
Hipertensión arterial	2020	17,764.9	6,217.3	31.1	12,178.5	1,387.4	13,280.2	26,846.1
	2030	22,685.3	6,781.8	41.3	19,646.3	2,327.1	14,845.3	36,818.7
	2040	27,281.7	7,563.0	52.3	29,852.9	3,726.0	18,668.9	52,247.8
	2050	30,146.7	8,174.3	61.3	41,685.7	5,515.7	24,216.6	71,418.0
Cáncer de mama	2020	1,071.0	41.2	10.9	1,010.3	1,140.2	91.9	2,242.4
	2030	1,133.2	42.2	10.6	1,364.0	1,394.1	125.4	2,883.5
	2040	1,121.1	40.3	8.8	1,719.1	1,474.5	160.9	3,354.5
	2050	1,070.2	38.8	5.9	2,087.5	1,239.2	204.3	3,531.0
Cáncer cérvico-uterino	2020	183.9	39.3	8.6	197.8	671.8	81.9	951.5
	2030	219.0	33.8	9.0	297.6	889.6	105.9	1,293.1
	2040	240.6	29.8	8.6	413.2	1,079.2	136.4	1,628.8
	2050	251.0	27.4	7.5	544.7	1,181.3	175.0	1,901.0
Cardiopatía isquémica	2020	979.9	35.3	42.0	784.5	1,984.3	496.6	3,265.4
	2030	1,118.4	39.1	48.2	1,129.9	2,881.0	712.4	4,723.4
	2040	1,238.9	41.6	54.5	1,577.7	4,118.1	982.2	6,678.0
	2050	1,299.1	42.4	58.4	2,086.1	5,579.1	1,293.0	8,958.2
Enfermedad cerebro-vascular	2020	478.3	16.5	29.3	383.7	2,454.9	170.7	3,009.3
	2030	503.0	17.3	31.4	509.7	3,332.6	231.2	4,073.5
	2040	516.3	17.8	33.8	661.1	4,520.4	306.7	5,488.2
	2050	509.9	17.8	35.1	826.0	5,950.0	394.6	7,170.6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2020	4,575.3	313.7	81.8	3,453.1	13,311.3	1,579.8	18,344.2
	2030	6,259.7	427.1	112.7	5,968.7	23,196.5	1,993.8	31,159.0
	2040	7,360.4	496.8	137.4	8,862.1	35,750.0	1,961.1	46,573.2
	2050	7,965.7	534.3	153.9	12,115.6	50,587.9	1,393.5	64,096.9
Total	2020	41,287.4	8,751.9	300.2	29,397.0	29,070.6	35,498.2	93,965.8
	2030	52,482.1	9,594.1	379.6	47,140.3	47,460.4	44,655.6	139,256.3
	2040	62,205.0	10,491.6	452.1	70,458.7	71,735.3	56,172.4	198,366.4
	2050	68,178.8	11,138.8	501.8	97,458.1	100,586.6	70,153.0	268,197.7

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social, **Evaluación de los Riesgos Financieros Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2011**, México, 2011.

De acuerdo con las proyecciones del IMSS, en 2050 existirán 11,138.8 miles de derechohabientes con algún padecimiento crónico-degenerativo; la mayor prevalencia será de hipertensión arterial (73.4%), de diabetes (20.7%) y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4.8%); se prevé que se invertirá un total de 268,197.7 millones de pesos para dar atención a estas personas, de los cuales el 37.5% corresponderá al costo de los medicamentos

y auxiliares de diagnóstico; el 36.3%, al de las consultas médicas, y el 26.2%, para el costo de hospitalización. Para ese año, se estima que la enfermedad que requerirá el mayor costo de atención será la hipertensión arterial (41.4%), la cual requerirá 4 de cada 10 pesos destinados a atender las enfermedades crónica-degenerativas de los derechohabientes del IMSS. De acuerdo con las proyecciones de este instituto, el costo de la atención por padecimientos crónico-degenerativos representará alrededor de la mitad (48.3%) de los egresos del IMSS en el ramo médico.

El análisis proyectivo para el caso del ISSSTE se muestra a continuación:

Padecimiento	Año	Servicios		Gasto		Total
		Consultas	Egresos hospitalarios	Consultas	Hospitalización	
Cáncer	2020	555.0	32.0	2,817.0	2,246.0	5,063.0
	2030	612.0	33.0	3,802.0	2,832.0	6,634.0
	2040	650.0	35.0	4,935.0	3,571.0	8,506.0
	2050	679.0	36.0	6,299.0	4,502.0	10,801.0
Enfermedades cardiovasculares	2020	1,317.0	20.0	1,205.0	2,978.0	4,183.0
	2030	1,565.0	24.0	1,797.0	4,417.0	6,214.0
	2040	1,812.0	28.0	2,552.0	6,343.0	8,895.0
	2050	2,058.0	32.0	3,526.0	8,901.0	12,427.0
Insuficiencia renal crónica	2020	1,506.0	12.0	1,788.0	926.0	2,714.0
	2030	1,717.0	13.0	2,544.0	1,233.0	3,777.0
	2040	1,870.0	14.0	3,426.0	1,604.0	5,030.0
	2050	1,993.0	15.0	4,499.0	2,056.0	6,555.0
Hipertensión arterial	2020	2,612.0	4.0	1,868.0	198.0	2,066.0
	2030	3,353.0	4.0	2,924.0	258.0	3,182.0
	2040	4,094.0	4.0	4,352.0	330.0	4,682.0
	2050	4,836.0	4.0	6,265.0	418.0	6,683.0
Diabetes mellitus	2020	2,198.0	16.0	1,472.0	516.0	1,988.0
	2030	2,391.0	16.0	1,952.0	651.0	2,603.0
	2040	2,600.0	17.0	2,588.0	820.0	3,408.0
	2050	2,828.0	17.0	3,432.0	1,032.0	4,463.0
Total	2020	8,188.0	84.0	9,150.0	6,864.0	16,014.0
	2030	9,638.0	90.0	13,019.0	9,391.0	22,410.0
	2040	11,026.0	98.0	17,853.0	12,668.0	30,521.0
	2050	12,394.0	104.0	24,021.0	16,909.0	40,929.0

FUENTE: Elaborado por la ASF con base en información del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **Informe Financiero y Actuarial 2015**, México, 2015.

De acuerdo con las proyecciones del ISSSTE, en 2050 se brindarán 12,394.0 miles de consultas a los derechohabientes con algún padecimiento crónico-degenerativo, de las cuales el 61.8%

corresponderá a la atención de la hipertensión arterial (39.0%) y la diabetes (22.8%); asimismo, se prevé que se invertirá un total de 40,929.0 millones de pesos para dar atención a este conjunto de padecimientos, de los cuales el 56.8% se concentrará en la atención de las enfermedades cardiovasculares (30.4) y el cáncer (26.4%). Del total del gasto previsto para estas enfermedades, el 58.7% será para cubrir el costo de las consultas y el 41.3% para gastos de hospitalización. De acuerdo con el IFA 2015, el costo de la atención por padecimientos crónico-degenerativos representará más de una cuarta parte (27.1%) de los egresos del ISSSTE en el ramo médico.

En general, se observa que el SNS está expuesto a una vulnerabilidad financiera importante, que se refleja en dos situaciones: el gasto particular para costear el acceso a servicios médicos es elevado en relación con los estándares y recomendaciones internacionales, lo que indica que pese al incremento en el gasto público en el sector éste continúa siendo insuficiente o ineficiente para garantizar la universalidad de la protección de la salud, particularmente ante el incremento de padecimientos de tipo crónico-degenerativo que exigen tratamientos complicados, prolongados y onerosos, y el de los institutos de seguridad social.

- Situación del SNS en el ámbito internacional

El escenario de morbilidad y mortalidad descrito puede intensificarse para las próximas generaciones de adultos mayores, puesto que la población en edad adulta presenta ya un perfil epidemiológico caracterizado por la prevalencia de patologías crónico-degenerativas^{193/} y de hábitos no saludables. El INEGI estima que el 54.3% de los mexicanos de entre 18 y 54 años no hace ninguna actividad física en su tiempo libre,^{194/} lo que los hace vulnerable física, económica y socialmente para afrontar su proceso de envejecimiento.

De acuerdo con la OMS, el riesgo de morir por enfermedades no transmisibles (como las cardiovasculares o respiratorias, el cáncer y la diabetes) entre los 30 y 70 años llegó a 16.0% en

^{193/} Consejo Nacional de Población, **Consulta Interactiva de Ganancias en la Esperanza de Vida y Principales Causas de Muerte**, 2015. Disponible en < http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Consultas_Interactivas >.

^{194/} Instituto Nacional de Estadística y Geografía, **Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico**, 2014. Disponible en < <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosBasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33640> >.

2012.^{195/} Asimismo, la OCDE señala que las personas con obesidad mórbida mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal, ya que cada 15 kilogramos extras aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente 30.0%.^{196/}

En relación con el ámbito internacional, el SNS se observa vulnerable para afrontar el tránsito demográfico y epidemiológico que se intensificará hacia la mitad del presente siglo. El detalle de los indicadores clave del estado del sistema de salud en México que podrían comprometer negativamente su capacidad de respuesta ante el envejecimiento demográfico en el mediano y largo plazos se muestra a continuación:

INDICADORES CLAVE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO, 2000 Y 2012

Indicador	México		Promedio de la OCDE		Posición ^{1/}
	2000	2012	2000	2012	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	73.3	74.4	77.1	80.2	34 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	70.5	71.4	74.0	77.5	33 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	76.1	77.3	80.2	82.8	33 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, hombres (años)	16.5	16.7	15.6	17.7	28 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, mujeres (años)	18.4	18.6	19.1	20.9	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares ^{2/}	298.1	272.9	428.5	296.4	14 de 34
Mortalidad por cáncer ^{2/}	140.2	125.1	242.5	213.1	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (conductuales)					
Consumo de tabaco entre adultos (porcentaje de fumadores diarios)	12.9	11.8	26.0	20.7	34 de 34
Consumo de alcohol entre adultos (litros per cápita)	5.1	5.7	9.5	9.0	32 de 34
Tasas de obesidad entre adultos, medida (porcentaje)	24.2	32.4	18.7	22.7	2 de 34
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	5.0	6.2	7.7	9.3	32 de 34
Gasto en salud per cápita (EE.UU. \$ PPP) ^{3/}	497	1,048	1,888	3,484	33 de 34
Gasto farmacéutico per cápita (EE.UU. \$ PPP) ^{3/}	97	70	300	498	33 de 33
Gasto farmacéutico (porcentaje del gasto en salud)	19.9	6.8	17.9	15.9	32 de 33
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos (por cada 1,000 habitantes)	1.6	2.2	2.7	3.2	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 habitantes)	2.2	2.6	7.5	8.8	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1,000 habitantes)	1.8	1.6	5.6	4.8	34 de 34

FUENTE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación**, 2015. Disponible en < <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf> >.

1/ Los países están clasificados en orden descendente de valores.

2/ Tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes.

3/ Monto en dólares por paridad de poder adquisitivo.

s. i. Sin información.

n. a. No aplicable.

^{195/} Organización Mundial de la Salud, **Risk of premature death from target NCDs**, Global Health Observatory Data Repository. Disponible en < <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A857?lang=en> >. De acuerdo con este organismo el rápido aumento de estas enfermedades afectan a todos los países, sin embargo la carga de mortalidad y morbilidad se concentra en los países de ingresos bajos y medios como México. La pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra estos padecimientos constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014**. Disponible en < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1 >.

^{196/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **La obesidad y la economía de la prevención**, 2010. Disponible en < <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/46077041.pdf> >.

Datos de la OCDE señalan que el financiamiento público en materia de salud en México, como porcentaje del PIB, se incrementó 1.2 puntos porcentuales entre 2000 y 2012, al pasar de 5.0% a 6.2%. Sin embargo, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países miembros (sólo por encima de Estonia y Turquía), y muy por debajo del promedio de la OCDE, que para el último año fue de 9.3%.^{197/}

Este escenario de estrechez en el gasto público podría agudizarse en las próximas décadas, debido a la reducción de la base contributiva de la población económicamente activa y el crecimiento de la población de adultos mayores que exigirán más servicios por un tiempo mayor; situación que a su vez repercutirá en el ingreso de este sector, ya que tendrá que destinar parte de su renta al pago de servicios médicos.

Los datos también señalan que el problema del sistema de salud no sólo se verá afectado por la limitación en el gasto público y el consecuente desembolso del gasto privado, sino también por factores como los hábitos no saludables de los individuos, ya que casi el 12.0% de la población reportó consumir tabaco y más del 30.0% registró algún nivel de obesidad, la cual representa la segunda tasa más alta entre los países de la OCDE, sólo después de los Estados Unidos, que presentó un 35.3% en 2012; la prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, que se traducen en altas tasas de mortalidad: 272.9 muertes a causa de enfermedades cardiovasculares y 125.1 relacionadas con afecciones oncológicas, ambas por cada 100,000 habitantes, o la insuficiente disponibilidad de recursos humanos con los que cuenta este sistema. En 2012, México se ubicó en los últimos lugares de la OCDE en relación con los recursos disponibles para el cuidado de la salud, al contabilizar apenas 1.6 médicos, 2.2 enfermeras y 1.8 camas de hospital por cada 1,000 habitantes.

La persistencia del estado actual del sistema de salud y la prevalencia de factores de riesgo asociados a los hábitos no saludables de la población perfilan incrementos en la incidencia de problemas de salud (fundamentalmente enfermedades no transmisibles como la diabetes y las cardiovasculares), como también costos de salud más elevados en el futuro. Además, el inicio temprano de estos padecimientos no sólo tiene importantes implicaciones para el estado de salud de un paciente, sino también para su condición social y económica, ya que el deterioro

^{197/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación**, 2015. Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>.

en la calidad de vida de los pacientes generará mayores necesidades de atención médica y social durante mayores periodos de tiempo, además de una menor capacidad laboral.^{198/}

En términos generales, los datos señalan que el SNS se encuentra en un estado de vulnerabilidad ante el fenómeno del envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica que le acompaña, ya que se ha incrementado la incidencia de las enfermedades no transmisibles, concretamente las de tipo crónico-degenerativo, como causantes del estado de morbilidad que afecta a la población en edad productiva, así como su prevalencia como principales causas de muerte entre esta población; no se observa una consolidación e integración de los servicios de medicina preventiva que ofrecen las diversas instituciones del sistema; existe un nivel de gasto particular elevado que limita el acceso a servicios sanitarios previsionales y curativos, y que los padecimientos crónico-degenerativos demandan tratamientos complejos, prolongados y costosos que comprometen la sostenibilidad financiera del SNS, particularmente la del IMSS y el ISSSTE, que constituyen los principales prestadores de servicios de salud entre la población.

4.3.3. Educación para la vejez

Las políticas sociales basadas en un enfoque de derechos han adquirido relevancia en el ámbito internacional, como mecanismo para disminuir la segmentación en el acceso e incrementar la calidad de la protección social, y como medio para la construcción de una ciudadanía social que promueva el desarrollo humano. Una pieza fundamental de los sistemas de seguridad social es la educación, pero no sólo como medio para la adquisición de conocimientos y preparación para desarrollar una actividad económica; sino como pieza central del desarrollo y la formación de los individuos que les permitirá enfrentar los requerimientos, roles y desafíos que las dinámicas sociales suponen, entre las cuales destaca el envejecimiento. En congruencia, en el conjunto del marco jurídico mexicano y en la LDPAM, específicamente, se estableció como uno de los objetivos de la educación el de contribuir al desarrollo integral del individuo para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades

^{198/} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, **Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care**, 2015.

humanas, y se atribuyó a la SEP la función de incluir en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos contenidos sobre el proceso de envejecimiento.

Si bien es cierto que la SEP ha desarrollado contenidos educativos dirigidos a los alumnos que cursan la educación básica en torno al respeto y la solidaridad con las personas adultas mayores, con el propósito de erradicar estereotipos y prejuicios que fomentan la discriminación y violencia contra este grupo poblacional, no se han diseñado e implementado contenidos específicos para concientizar a los grupos de edad más jóvenes sobre el proceso de envejecimiento; sobre cómo les incumbe este fenómeno, y por qué es importante adoptar medidas preventivas integrales que acompañen su trayecto vital como parte de una estrategia de educación para la vejez.

La educación para la vejez tiene sentido en el contexto de las políticas de protección social y desarrollo humano, ya que constituye una medida previsional ante los riesgos y la vulnerabilidad que tienden a agudizarse en este momento de la vida, debido a la exposición a condiciones económicas y sociales particularmente adversas que han caracterizado a la población mexicana en todas sus etapas de la vida.

La calidad de vida de las próximas generaciones de adultos mayores dependerá en gran medida del grado en que se logre inculcar en ellas, desde las edades más tempranas, la importancia no sólo de la prevención en salud e ingreso, sino también de la planeación de la propia vejez en una perspectiva de ciclo vital y de desarrollo humano.^{199/}

La vejez es el resultado de las condiciones de vida previas de las personas, de sus experiencias pasadas, de las capacidades desarrolladas y de las privaciones sociales que presentaron en las primeras etapas del ciclo vital; en concreto, resume la forma en que se articulan las trayectorias laborales y familiares; la acumulación de activos monetarios y físicos; el conjunto de oportunidades, y los riesgos del pasado, con la estructura de protección presente, lo que determinará su nivel de bienestar en el futuro.

^{199/} “Desafíos presentes y futuros del envejecimiento demográfico”, en Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, **Por una cultura del envejecimiento**, México, 2010, pp. 41 y 42. Desde luego que las condicionantes adversas que enfrentará la población serán más severas para las generaciones de adultos mayores que padecieron de pobreza e incapacidad para acceder a los satisfactores que les permitan contar con adecuadas condiciones de vida en términos de salud, nutrición, vivienda, ocupación y relación con la familia, entre otros indicadores de bienestar.

Sin embargo, la falta de políticas y programas^{200/} dedicados a difundir conocimientos sobre el fenómeno del envejecimiento, a fomentar la conciencia de que el envejecimiento es un proceso que incumbe a todas las personas, y que el saber envejecer de forma saludable contribuye a garantizar mayores oportunidades de bienestar en la longevidad, provoca que entre las generaciones más jóvenes persista la actitud de indiferencia ante las personas adultas mayores y ante su propio envejecimiento, situación que puede concluir en la ausencia de expectativas sobre lo que se quiere ser y hacer al llegar a la vejez, con la consecuente baja de autoestima y aislamiento, así como exclusión social, debido a las condiciones de enfermedad y pobreza que probablemente vivirán.

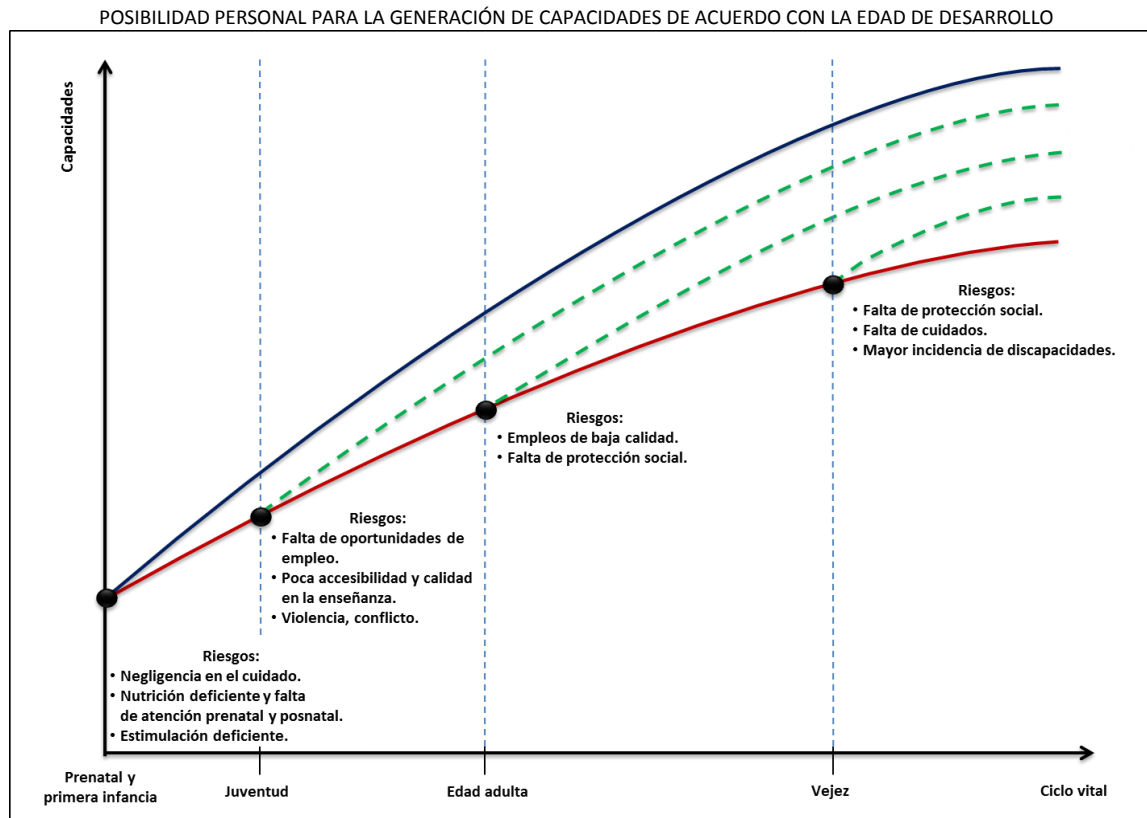
A pesar de que no existe información consolidada sobre el tema de la educación para la vejez, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala que “las capacidades se crean a lo largo de la vida y deben nutrirse y mantenerse, ya que de lo contrario pueden estancarse”.^{201/} Las vulnerabilidades y fortalezas que las personas adultas mayores presentes y futuras experimentan y experimentarán son resultado de su trayecto vital, y de las capacidades con las que éstas cuentan para afrontar su vejez, las cuales dependen a su vez de las intervenciones realizadas en etapas previas de la vida en áreas como la salud, la educación, el empleo, el ahorro, la vivienda o la familia. Conforme estas intervenciones comiencen a edades más tempranas, ofrecerán mejores resultados para incrementar la calidad de vida durante la adultez mayor. Pero también puede suceder lo contrario: la falta de inversiones oportunas y continuas para desarrollar las capacidades vitales de los individuos puede concluir en una vulnerabilidad duradera y sistemática, que en la vejez se manifiesta en forma de pobreza crónica y acumulativa.^{202/}

A pesar de que las intervenciones gubernamentales ante los riesgos pueden ayudar a las personas a recuperarse y reorientar el desarrollo de sus capacidades, éstas frecuentemente sólo son efectivas parcialmente o simplemente paliativas. La conceptualización gráfica de esta perspectiva se describe en el esquema siguiente:

^{200/} Las políticas que integran una visión holística del proceso de vida, en el que la vejez no es una etapa aislada, se denominan como de enfoque gerontológico: “ver el envejecimiento como un proceso que se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital. Por lo tanto, el diseño de programas y políticas debe iniciar desde el principio de la vida. Se requiere impulsar un programa sustentado en la concepción integral del envejecimiento”. *Ibid.*, p. 47.

^{201/} Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, **Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia**, Nueva York, 2014, p. 62.

^{202/} *Ibid.*, p. 73.



FUENTE: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, **Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia**, Nueva York, 2014.

■ Representa el potencial de las capacidades de las personas desarrollado al máximo; ésta es la trayectoria de capacidades asociadas con el ciclo de vida que las personas podrían lograr si fueran capaces de gestionar de forma adecuada las vulnerabilidades a las que están expuestas durante los periodos sensibles de su vida.

■ Las intervenciones posteriores pueden ayudar a las personas a recuperarse, aunque por lo general sólo parcialmente, y a seguir una trayectoria superior.

■ Muestra que cuando las personas no logran superar las vulnerabilidades en un periodo sensible, es probable que sus capacidades acaben situándose en una trayectoria inferior.

La gráfica muestra que una persona que reciba una intervención ante los riesgos propios de sus circunstancias puede transformar una precaria trayectoria de vida; sin embargo, el momento de la intervención determinará el grado en el que se puede recuperar una trayectoria de desarrollo máximo. Por ejemplo, si la intervención se realiza desde la etapa prenatal, el individuo tiene más posibilidades de alcanzar su máximo desarrollo, pero éstas disminuyen conforme avanza su vida reduciendo el nivel de desarrollo conseguido; asimismo, una intervención en la etapa de la vejez tendrá efectos muy limitados para revertir la pérdida de capacidades acumulada en el curso de vida de las personas.

En México existen diversos programas compensatorios que pretenden acortar las brechas de bienestar que padecen los grupos vulnerables, incluido el de los adultos mayores. Sin embargo, por su propia conceptualización, estas medidas tienden exclusivamente a paliar las

condiciones de desventaja que enfrentan los individuos y, por lo general, se introducen cuando la posibilidad de revertir la falta de capacidades es baja. El ejemplo concreto, son los programas de pensiones no contributivos, que si bien ayudan a incrementar la calidad de vida de los beneficiarios no les permite superar el umbral de la pobreza, por lo que la intervención pública se da cuando es poco probable que se desarrollen las capacidades que faciliten a las personas afrontar esta condición fundamentalmente con sus propios medios.

Esta perspectiva de desarrollo humano subraya la importancia de generar las condiciones para afrontar el envejecimiento de la población y el de cada individuo, mediante intervenciones oportunas que contribuyan a aumentar las capacidades y la resiliencia social para adaptarse y hacer frente a los riesgos y vulnerabilidades del ciclo vital y favorecer el acceso de las personas a un mayor nivel de bienestar, particularmente en la vejez.^{203/}

Lo anterior plantea la urgencia de producir un cambio en la cultura del envejecimiento que se presenta como uno de los problemas más importantes en el mediano plazo, no sólo porque es una condición para adoptar medidas hacia un envejecimiento saludable y exitoso, sino también para concientizar sobre la importancia de realizar un plan de vida específico para la adultez mayor, sustentado en el desarrollo de capacidades y resiliencia, para que las personas al arribar a esta etapa puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos.^{204/}

El Fondo de Población de las Naciones Unidas subraya la importancia de la educación para la vejez como uno de los mecanismos más efectivos para producir condiciones favorables para una sociedad que envejece aceleradamente. La inversión en las personas de menor edad, mediante la promoción de hábitos saludables, contribuye a garantizar oportunidades de educación, de empleo y de acceso a los servicios de salud.^{205/}

En síntesis, una política de pública de atención a las personas adultas mayores que no integre una perspectiva de largo plazo y a todos los grupos de edad, sustentada en la concientización

^{203/} El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala que “un enfoque basado en el desarrollo humano se centra en las personas y sus interacciones, donde el poder y la posición social son factores importantes. La resiliencia debe desarrollarse tanto a nivel del individuo como a nivel de la sociedad, en términos de capacidades individuales y competencias sociales.

^{204/} Organización de las Naciones Unidas, **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002**, Nueva York, 2002, p. 7. Disponible en < <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9> >.

^{205/} Fondo de Población de las Naciones Unidas y HelpAge International, **Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge**, Nueva York, 2012, p. 164.

generalizada como medio para favorecer el desarrollo de capacidades, en áreas como la salud o el ahorro, tenderá a concentrarse en la provisión de medidas compensatorias para disminuir la vulnerabilidad y los riesgos que padecerán las personas envejecidas en condiciones desfavorables; lo cual implicará un elevado costo financiero, pero igualmente conllevará un importante costo social reflejado en una parte significativa de la población envejecida en condiciones de pobreza, enfermedad y discapacidad, exclusión y menesterosidad.

5. Prospectiva y consideraciones finales

Aun cuando no existe un consenso unívoco sobre lo que debe ser la vejez y lo qué representa para cada sociedad, lo cierto es que a lo largo de la historia de la humanidad esta etapa de la vida se había tenido en alta estima, no sólo por el acontecimiento de la longevidad, ya de por sí asombroso si se considera la vulnerabilidad inherente a la naturaleza humana, sino, particularmente, por la acumulación de conocimientos y experiencias que se condensan en los individuos de mayor edad. Vejez y sapiencia eran sinónimos, y el pacto social exigía para ellos respeto y atención. Sin embargo, las transformaciones políticas, sociales y culturales, pero sobre todo económicas, que sucedieron a partir de la revolución industrial y la modernidad trastocaron ese paradigma e invirtieron la escala de valores en occidente: la juventud se afirmó como el baluarte fundamental de los procesos productivos y de la reproducción social, y paulatinamente se fue segregando y excluyendo de la vida pública a las personas ancianas.

El proceso de vulnerabilidad social que enfrentaba este grupo etario se agudizó en el siglo pasado conforme se incrementó el número de personas que formaban parte de él, y obligó a los países, especialmente aquéllos en proceso de desarrollo, a adoptar medidas específicas para revertir las condiciones desfavorables en que transcurría la vejez. En 1982 y 2002 se llevaron a cabo asambleas mundiales para debatir el estado del problema y definir un plan de acción que estableciera directrices generales para el diseño de políticas para la atención de las personas adultas mayores.

En adición a los acuerdos internacionales, en México se publicó, en 2002, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM); en ella se fijó la obligación del Estado de implementar una política nacional en favor de este grupo poblacional, dirigida a garantizar el

pleno ejercicio de los derechos humanos, sociales y políticos de las personas adultas mayores, así como una vida digna.

A partir de la publicación de la LDPAM, la problemática en materia de adultos mayores ha sido abordada tanto en el ámbito de la Administración Pública Federal como en el académico, y en términos generales han coincidido en que la discriminación y la violencia que padecen las personas adultas mayores, motivadas por una concepción social prejuiciosa e indiferente, se suman a las privaciones y limitaciones en el acceso a los satisfactores y servicios básicos (salud, ingreso, vivienda, empleo, cultura y educación), y a la presencia de enfermedades (principalmente crónico-degenerativas) y discapacidades para configurar un escenario de vulnerabilidad biopsicosocial que perpetúa o extiende el estado de precariedad de este grupo etario. Lo anterior reveló la existencia de una problemática generalizada entre las personas adultas mayores, cuyo origen se explica por la falta sistemática de oportunidades para el desarrollo humano y la acumulación de carencias sociales y económicas a lo largo de las trayectorias de vida. A partir de estos elementos se identificaron tres vertientes del problema: la desvaloración social del adulto mayor; las carencias y limitaciones para la atención de sus satisfactores y servicios básicos, y la falta de una política de planificación para la vejez.

Pese a los distintos posicionamientos en torno al problema público, el Gobierno Federal careció de un diagnóstico integral en el que se determinaran las causas y efectos concretos que presenta este problema; que definiera conceptualmente la noción de vejez, y que cuantificara, identificara y localizara qué población requiere ser atendida mediante las intervenciones gubernamentales. Lo anterior limita el establecimiento de una planeación única que vincule los problemas con las estrategias, y estas últimas a los responsables, y que todo ello derive en acciones con un presupuesto específico.

Si bien la LDPAM estableció las directrices para la puesta en marcha de la política en favor de los adultos mayores, ésta no se ha concretizado, o no como lo prevé la ley, debido a problemas estructurales en su diseño.

La primera deficiencia se ubica en el marco normativo que fundamenta la política, ya que la LDPAM y las leyes específicas de los sectores involucrados (como la LGS, la LGE, la LFT y la LGDS) se encuentran desarmonizadas, situación que provoca la dilución e imprecisión de las responsabilidades de cada sector en la política pública; además, pareciera que la LDPAM

propone la implementación de una política integral; sin embargo, no se incorporó el tema de la previsión del envejecimiento poblacional, por lo que la sostenibilidad del Estado para atender el rápido incremento de adultos mayores, que se espera ocurra en las próximas décadas, no fue considerada una prioridad. Asimismo, la ausencia de una normativa reglamentaria de la LDPAM impidió establecer de manera concreta la forma en que se deberían ejecutar las atribuciones mandatadas en ésta; los mecanismos de coordinación y cooperación que tendrían que implementar los entes públicos para cumplir con los fines propuestos, y los responsables específicos.

La estructura institucional que se estableció para dar cumplimiento de esta política presentó debilidades relacionadas con la desarticulación de las dependencias y entidades participantes, ya que si bien cada una de ellas cuenta con atribuciones para ofrecer bienes y servicios a la población en situación de vulnerabilidad, no se precisaron responsabilidades específicas para atender a la población adulta mayor en el contexto de la política mandatada por la LDPAM. Tampoco se identificaron estructuras dedicadas a garantizar la capacidad y sostenibilidad del Estado para atender el proceso del envejecimiento poblacional que vive el país, particularmente en los sistemas nacionales de salud y pensiones.

En lo que corresponde a la planeación de la política en el mediano plazo, en el periodo 2002-2014 se incorporaron estrategias dirigidas a la atención de las personas adultas mayores; sin embargo, éstas se encuentran fragmentadas en múltiples documentos programáticos de diferente alcance y propósito, la mayoría de los cuales no se elaboraron ex profeso para este grupo de población, por lo que en dicha planeación no se reflejaron de manera integral los objetivos definidos en la LDPAM.

En cuanto al presupuesto asignado a la política, éste se concentró mayoritariamente en programas de carácter general, en los cuales no se definieron partidas presupuestarias, ni se identificaron los recursos ejercidos en la atención de la población adulta mayor. Los únicos dos programas específicos para la atención de las personas adultas mayores fueron para la prestación de los servicios que brindó el INAPAM y para el otorgamiento de pensiones de tipo no contributivo a cargo de la SEDESOL. El incremento del presupuesto en el periodo de análisis, en este último rubro, evidenció la prioridad gubernamental en materia de adultos mayores: apoyar la seguridad económica de estas personas.

Asimismo, el diseño de la política pública presenta problemas en la identificación y en la focalización de su población objetivo, ya que a pesar de que la LDPAM señala que la población adulta mayor es la que cuenta con 60 años o más de edad, éste no es el criterio utilizado por todas las dependencias y entidades, y sus respectivos programas, que participan en la política; además, considerando que los recursos públicos son limitados, no se han implementado mecanismos homogéneos para focalizar la atención de la intervención gubernamental en la población más vulnerable dentro de este grupo etario.

Como efecto de las deficiencias en el diseño de la política pública, su implementación presentó dificultades operativas que obstaculizaron el logro de los objetivos propuestos en la LDPAM. Entre las más importantes estuvieron la falta de coordinación para emprender acciones conjuntas e integrales en favor de las personas adultas mayores; la ausencia de estrategias diferenciadas para atender las necesidades de este grupo poblacional, particularmente en el ámbito de la salud; la carencia de mecanismos de evaluación para medir los efectos de la intervención gubernamental, y la debilidad en la rectoría de la política. En consecuencia, los resultados fueron limitados en la atención del problema público, por lo que no es posible medir el efecto de las acciones gubernamentales en el cumplimiento del objetivo de asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores presentes y futuras.

Aun cuando el Gobierno Federal, por medio de sus dependencias y entidades, realizó diversas acciones en favor de las personas adultas mayores (enfocadas fundamentalmente en la elaboración de campañas mediáticas y de contenidos educativos para el nivel de educación básica), con el fin de promover la revaloración de los adultos mayores en la sociedad, estas medidas se realizaron de forma aislada y desarticulada, y no como parte de una estrategia de cobertura nacional que permitiera disminuir y revertir la concepción estereotipada y prejuiciosa que prevalece contra este grupo etario. Además, la falta de mecanismos de evaluación impidió medir el efecto de las intervenciones gubernamentales en el incremento de la revaloración social del adulto mayor. Los datos más recientes sobre discriminación señalaron que 6 (57.8%) de cada 10 adultos mayores perciben que sus derechos no son respetados y que la razón fundamental es una cuestión de edad, situación que conduce a una disminución en su autoestima y a su aislamiento social.

Asimismo, si bien se incrementó la cobertura en la atención de las necesidades del adulto mayor, esto no se tradujo necesariamente en un aumento en la calidad de los bienes y

servicios otorgados, o bien en mejoras en la vida de las personas de este grupo poblacional: la cobertura de los servicios de salud alcanzó el 85.9%, debido principalmente al número de personas afiliadas al Seguro Popular; sin embargo, el paquete de beneficios que éste ofreció no es equiparable con el de los institutos de seguridad social; además, no se han ofrecido de manera generalizada los servicios de atención geriátrica en las instituciones públicas del sector salud, tal es el caso del INGER que fue creado en 2008 y que en 2014 aún no prestaba atención médica; el número de personas adultas mayores con acceso al pago de una pensión no contributiva se incrementó de manera exponencial; no obstante, el monto de esta transferencia se ubicó por debajo de la línea de bienestar mínimo, por lo que esta medida difícilmente revierte la condición de pobreza de los beneficiarios; los adultos mayores beneficiados con créditos para la adquisición o mejoramiento de vivienda también aumentaron, pero no fue posible determinar el grado en que se mejoró su condición de residencia, dado que las instituciones del sector se concentran en el otorgamiento de financiamientos; la oferta de empleo y el número de adultos mayores colocados también se acrecentó, pero no existió información para determinar la calidad del empleo, ni las garantías laborales a las que tienen derecho, ni si los individuos de este grupo etario continuaban en el mercado laboral por una decisión personal o por necesidad, y la oferta cultural, recreativa y educativa se realizó sin considerar las necesidades particulares de este grupo de población, y no se tiene registro de la población adulta mayor beneficiada.

Finalmente, los resultados mostraron que la transición demográfica en México conducirá a un rápido envejecimiento poblacional caracterizado por la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidades que exigirán un gasto importante de recursos económicos, debido a que los tratamientos requeridos son costosos, complejos y prolongados; por la incertidumbre de ingreso posterior al retiro, como consecuencia de la inestabilidad laboral, el bajo ingreso, la estructura contributiva y el escaso ahorro para la vejez que acontecen en la edad productiva, y por la falta de preparación individual para afrontar los cambios biopsicosociales que caracterizan este proceso, con la consecuente pérdida de expectativas y capacidades en esta etapa de la vida.

Frente a este escenario de debilidades y deficiencias que caracterizaron a la política pública de atención a las personas adultas mayores en el periodo evaluado y bajo el inminente hecho de que estos problemas persistirán en el futuro, se prevé que continúe el efecto marginal y no

generalizado de la intervención gubernamental para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de este grupo etario y para mejorar sus condiciones de vida; que los miembros de este grupo poblacional continuarán padeciendo de limitaciones para integrarse de manera plena al desarrollo de sus comunidades, así como a la vida política y social del país, y careciendo del reconocimiento y aprecio público y familiar, y que se mantendrá el debilitamiento de la capacidad institucional del Estado para la atención de las personas que alcanzan la vejez y las que próximamente lo harán; así como un escenario de insostenibilidad financiera que se traducirá en el incremento de las condiciones desfavorables en que se transcurrirá por esta etapa de la vida.

Con base en lo anterior, la ASF considera que la política pública de atención a las personas adultas mayores requiere:

1. Que el INAPAM, en coordinación con las dependencias y entidades que participan en la política, elabore un diagnóstico integral de la problemática que afecta a las personas adultas mayores y en materia de envejecimiento demográfico, en función de las distintas vertientes y componentes del problema y la vinculación entre éstos, y que permita cuantificar, identificar y localizar a la población de este grupo de edad que requiere ser atendida mediante la acción gubernamental. Este mecanismo de evaluación deberá mantenerse actualizado y servir de principal insumo para la toma de decisiones.
2. Que se adecúe el marco normativo de la política en favor de las personas adultas mayores, a fin de fortalecer la capacidad del Estado para su atención; en primer lugar, mediante la reforma a la LDPAM y a las leyes particulares de los entes públicos que realizan acciones en favor de este grupo poblacional, para fijar de forma explícita su carácter de organismo ejecutante de la política, y establecer sus atribuciones y obligaciones y, en segundo lugar, mediante la elaboración y publicación del reglamento de la LDPAM, con el fin de que se establezcan los medios concretos para cumplir con los objetivos de la ley, las facultades específicas de cada dependencia y entidad involucrada, los mecanismos de coordinación entre éstas, y las responsabilidades específicas de cada una.
3. Que se fortalezca la capacidad de rectoría del INAPAM al frente de la política nacional en favor de las personas adultas mayores, mediante el robustecimiento de sus facultades

ejecutoras y coordinadoras, y que se definan subcoordinadores de cada uno de los sectores estratégicos en la atención de la problemática: para el tema de revaloración social, se propone como subcoordinador a la SEP; para el de salud del adulto mayor, al INGER; para el de seguridad económica, a la SEDESOL; para el de vivienda, a la CONAVI; para el de empleo, a la STPS; para el de oferta cultural, al CONCULTA; para el de educación para adultos mayores, al INEA; para el de sostenibilidad del Sistema Nacional de Pensiones, a la CONSAR; para el de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, a la SS, y para el de educación para la vejez, a la SEP y a la SS.

4. Que el INAPAM, en coordinación con las dependencias y entidades que participan en la política, elabore un programa especial interinstitucional en el que se definan los objetivos, estrategias y líneas de acción dirigidos a atender la problemática que enfrentan los adultos mayores en cada una de las vertientes y componentes que la integran; y en el que se especifiquen las acciones en las que cada institución intervendrá; así como los indicadores para medir los avances del programa y las metas comprometidas. También, se requiere que se incorpore en el programa la visión de largo plazo transexenal que establezca las directrices para articular y ordenar los esfuerzos de las diversas instituciones públicas que realizan acciones vinculadas con la planeación del envejecimiento, a fin de ampliar la capacidad del Estado para dar atención a una población de adultos mayores que se acrecentará de manera importante en el presente siglo, y desarrollar las capacidades de cada persona, para que accedan a la vejez en condiciones favorables de salud e ingreso, que les permita el ejercicio pleno de sus derechos, según sus circunstancias particulares.
5. Que se adecúen las estructuras presupuestarias relativas a la programación, ejecución y control del gasto público, o bien que se identifiquen partidas presupuestarias para la atención de la población adulta mayor de cada programa, con el fin de que las entidades que participan en la política identifiquen los recursos específicos que se destinan a ésta y, con base en ello, se puedan establecer indicadores de costo-eficiencia y costo-eficacia.
6. Que el INAPAM analice la pertinencia de reformar la LDPAM, a fin de incorporar mecanismos para focalizar a la población más vulnerable dentro del grupo de adultos mayores y, con base en ello, las dependencias y entidades que participan en la política

establezcan criterios de atención particulares para la definición de la población objetivo de los programas que operan.

7. Que el INAPAM analice la necesidad de incorporar al CONAPO a su Consejo Directivo, con el fin de alinear la política en favor de las personas adultas mayores con las directrices de la política nacional de población, para aprovechar la información demográfica en la atención de este grupo etario y en la previsión del envejecimiento poblacional.
8. Que se diseñen y que se incorporen contenidos educativos de forma sistemática en los planes y programas de estudio de educación básica, en los que se incluyan temas y prácticas enfocados en fomentar una cultura de la vejez, de respeto, de aprecio y de reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores, con el fin de que este grupo poblacional sea valorado. Asimismo, que se implementen modelos de educación no formales que lleguen a la población no escolar, orientados a extender el conocimiento sobre las personas adultas mayores y que permitan desarrollar empatía, solidaridad y respeto por este grupo de la población.
9. Fortalecer los mecanismos institucionales de control de las entidades que brindan bienes y servicios a las personas adultas mayores, a fin de focalizar el otorgamiento de apoyos en una población objetivo y conocer el número de personas beneficiadas, su georreferenciación y los recursos públicos destinados a ellas.
10. Establecer convenios de colaboración entre las entidades públicas y los sectores empresariales, particularmente los relacionados con el rubro de las telecomunicaciones, con el objeto de impulsar de forma sistemática, estructurada y permanente campañas nacionales dirigidas a la revaloración social de las personas adultas mayores.
11. Que se implemente una estrategia integral encabezada por el INGER para ampliar la cobertura de los servicios médicos geriátricos y gerontológicos, que considere la tendencia demográfica del envejecimiento y los requerimientos necesarios para atenderla: infraestructura, equipamiento, investigación, medicamentos, y recursos humanos y administrativos.
12. Que se incremente en el mediano y largo plazos el monto de las pensiones no contributivas para las personas adultas mayores que presenten pobreza en más de una

dimensión, para que paulatinamente se equipare con la línea de bienestar, o bien que los apoyos otorgados por éstas se complementen con otros beneficios dirigidos a garantizar la adquisición de los bienes y servicios básicos, con el fin de incrementar el efecto de las pensiones no contributivas en la disminución de la pobreza en este grupo de población.

13. Que se establezca una estrategia nacional de vivienda conducida por la CONAVI enfocada a garantizar que las condiciones de residencia de las personas adultas mayores cuentan con las provisiones mínimas para asegurar su protección y bienestar, en función de sus capacidades físicas. Dicha estrategia también deberá incluir a las personas carentes de hogar que habitan en los centros de residencia de las instituciones públicas.
14. Que se implemente una estrategia nacional de empleo para los adultos mayores dirigida por la STPS, que incluya la vigilancia y seguimiento de los empleos que este grupo poblacional desempeña, con el fin de garantizar el ejercicio de sus derechos y las condiciones laborales óptimas, y que se focalice a la población que puede y desea continuar desarrollando un empleo, para que se vincule a la oferta laboral.
15. Que se implemente un plan de acción encabezado por el CONACULTA y el INEA en sus respectivas áreas de trabajo, a fin de garantizar el acceso de las personas adultas mayores a la oferta de satisfactores culturales y recreativos y a los servicios educativos con un enfoque diferenciado que se adecúe a sus expectativas y capacidades, y que les permita su enriquecimiento personal.
16. Que se ajuste la estructura actual del Sistema Nacional de Pensiones, con el fin de lograr la integralidad y complementariedad entre los pilares que lo componen; la simplicidad en su funcionamiento, mediante un conjunto único de reglas para agilizar y mejorar el funcionamiento del sistema, y favorecer el entendimiento y evaluación de las partes involucradas; la transparencia en sus objetivos, con el establecimiento de mecanismos de evaluación permanentes; la eficiencia en el ahorro nacional e individual, por medio de la inclusión de medidas tendientes a producir buenos incentivos para el ahorro y la participación laboral formal; el robustecimiento de la capacidad institucional de sus operadores, manteniendo las estructuras e instituciones que funcionan correctamente y mejorando o suprimiendo aquellas que no lo están haciendo, y la innovación y eficacia en los mecanismos de acumulación, mediante la experimentación y evaluación de nuevos

esquemas que permitan una capitalización suficiente para que las personas eviten la pobreza en la vejez.

17. Que se armonicen las reglas de todos los sistemas de pensiones, mediante la elaboración de una regulación única y universal que permita el establecimiento de un efectivo sistema nacional de pensiones, que establezca el derecho universal a éstas y garantice la suficiencia de ingreso en la vejez; que elimine las prerrogativas adicionales que son financiadas con recursos públicos, como las establecidas en algunos sistemas pensionarios, y que establezca estrategias y medidas previsionales que aseguren su sostenibilidad financiera en el largo plazo.
18. Diseñar e implementar una estrategia de alcance universal que permita e incentive a las personas mayores de edad (18 años), independientemente de su condición laboral: formal o informal, incorporarse al SAR, o bien a incrementar la acumulación de recursos en dicho sistema, a fin de asegurar el acceso a una pensión suficiente en su retiro para satisfacer sus necesidades básicas y transitar con dignidad esta etapa de la vida.
19. Que la SS y el INGER desarrollen investigaciones sobre las enfermedades crónico-degenerativas para aumentar el conocimiento de sus causas, síntomas, diagnóstico, medidas de control y prevención, y desarrollo de medicamentos y terapias; así como incrementar la profesionalización y actualización del personal sanitario.
20. Que se fortalezcan los programas preventivos de salud en todas las instituciones públicas que brindan atención médica, a partir de un modelo que ofrezca un paquete de beneficios homogéneo a las personas, que les asegure el acceso a medidas de prevención y promoción de la salud y que éstas comiencen desde las edades más tempranas.
21. Que la SS y la SEP impulsen un enfoque educativo con perspectiva de trayecto vital que incluya contenidos educativos que informen y concienticen a la población sobre el proceso de envejecimiento y la importancia de adoptar medidas preventivas que fomenten el desarrollo integral y saludable de las personas.

Es tangible que existen preocupaciones sobre el devenir en el corto plazo de las condiciones de vida de las personas adultas mayores, y es indudable que el Estado está movilizand o esfuerzos y recursos para atender las necesidades más apremiantes de este grupo poblacional; pero

también es cierto que se carece de una visión de mediano y largo plazos, fundamentada en una estrategia de planificación que sienta las bases para una transformación de la sociedad que considere la previsión del futuro. Si bien la prioridad de una política en favor de la población adulta mayor debe concentrarse en mejorar sus condiciones de vida, estas medidas no dejarán de ser paliativas; por ello, la intervención gubernamental no debe centrarse en el fin del ciclo vital, sino involucrarse en el proceso de envejecimiento para incidir en sus cauces. Planear el envejecimiento de las generaciones más jóvenes es indispensable, ya que son ellos los que a futuro padecerán una vejez pauperizada o saludable. Esta situación debería obligar al Estado a iniciar cambios estructurales en la política de desarrollo humano, económica y de seguridad social; y a la sociedad, a reflexionar sobre el papel que debe desempeñar en la modificación de las relaciones familiares, las estructuras económicas dentro de ellas y el pacto social, con el fin de avanzar en logro del bien común. El éxito en la política pública de atención a las personas adultas mayores dependerá en buena medida de que las personas se asuman como agentes de cambio y responsables de su propia vejez.

Siglas y acrónimos

AFORES	Administradoras de Fondos para el Retiro
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAEN	Comité Nacional de Atención al Envejecimiento
CONACULTA	Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir Discriminación
CONAVI	Comisión Nacional de Vivienda
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
EOINAPAM	Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
EOISSSTE	Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INGER	Instituto Nacional de Geriátría
LAS	Ley de Asistencia Social

LCNDH	Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
LDPAM	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
LFPED	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
LFT	Ley Federal del Trabajo
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGE	Ley General de Educación
LGS	Ley General de Salud
LGV	Ley General de Víctimas
LINS	Ley de los Institutos Nacionales de Salud
LISSSTE	Ley del Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
LP	Ley de Planeación
LSAR	Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro
LSS	Ley del Seguro Social
LV	Ley de Vivienda
MGOSCT	Manual de Organización de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes
MOCENAPRECE Control	Manual de Organización del Centro Nacional de Programas Preventivos y de Enfermedades
MOEINGER	Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Geriátrica
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de la Naciones Unidas

PAIME	Plan de Acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento
PIISSSTE	Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PND	Plan Nacional de Desarrollo
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SECTUR	Secretaría de Turismo
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
RIIMSS	Reglamento Interior del Instituto Mexicano Del Seguro Social
RISS	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Bibliografía

Auditoría Superior de la Federación

- Auditoría Superior de la Federación, Evaluación número 1203. *Evaluación de la Política Pública de Pensiones y Jubilaciones*, México, 2015.
- Auditoría 199 “Operación del Instituto Nacional de Geriátrica”, México, 2013.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

- *Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, Diario Oficial de la Federación, 29 de junio de 1992, última reforma publicada el 2 de abril de 2014.
- *Decreto de creación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, Diario Oficial, 6 de junio de 1990.

Comisión Nacional de Vivienda

- *Programa Nacional de Vivienda 2008-2012*, Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2008.
- *Programa Nacional de Vivienda 2014-2018*, Diario Oficial de la Federación, 30 de abril de 2014.
- *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012*, Diario Oficial de la Federación, 10 de abril de 2008.
- *Programa Sectorial de Vivienda 2001-2006*, Diario Oficial de la Federación, 29 de mayo de 2002.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, *Informe Anual de Labores 2014*, México, 2014.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*, México, 2013.
- _____, *Informe de pobreza en México*, 2001.

Consejo Nacional de Población

- Consejo Nacional de Población, *Indicadores de la dinámica demográfica 1990-2010 y de proyecciones de población 2010-2030 de México y las entidades federativas*, México, 2014.

Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación

- *Manual General de Organización del Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación*, Diario Oficial de la Federación, 18 de julio de 2008.
- *Manual General de Organización de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, Diario Oficial de la Federación, 30 de junio de 2005.
- *Programa Nacional de Derechos Humanos 2004-2006*, Diario Oficial de la Federación, 05 de agosto de 2005.
- *Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012*, Diario Oficial de la Federación, 29 de agosto de 2008.
- *Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018*, Diario Oficial de la Federación, 30 de abril de 2014.
- *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 30 de agosto de 2013.
- *Programa Nacional para la igualdad y No Discriminación 2014-2018*, Diario Oficial de la Federación, 30 de abril de 2014.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- *Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, Diario Oficial, 18 de junio de 2014.
- *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, Diario Oficial de la Federación, 27 dic. 1983, nueva Ley publicada el 31 de marzo de 2007, última reforma publicada el 2 de abril de 2014.
- *Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2001-2006*, ISSSTE, México, 2001.
- *Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2007-2012*, ISSSTE, México, 2007.
- *Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018*, ISSSTE, México, 2014.

Instituto Mexicano del Seguro Social

- *Ley del Seguro Social*, Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995, última reforma publicada el 2 de abril de 2014.
- *Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Diario Oficial de la Federación, 18 de septiembre de 2006.
- *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006*, IMSS, México, 2001.
- *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2012*, IMSS, México, 2007.
- *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018*, IMSS, México, 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. Principales Resultados*, Aguascalientes, 2014.
- _____, *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*, México, 2014.

Instituto Nacional de Geriatría

- Instituto Nacional de Geriatría, *¿En qué consiste el maltrato a las personas mayores?*, México, 2012.

Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores

- Cámara de Senadores, *Exposición de Motivos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, México, 2001.
- *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, Diario Oficial, 25 de junio de 2002, última reforma publicada el 25 de abril de 2012.
- *Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*, Diario Oficial de la Federación, 16 de junio de 2014
- *Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 8 de septiembre de 2014.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, *Ejes Rectores de la Política Pública Nacional a Favor de las Personas Adultas Mayores*, México, 2010
- _____, *Modelos de Atención Gerontológica*, México, 2010
- _____, *Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores*, México, 2010
- *Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales*, México, 2015

- E011 Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales, México, 2015.

Presidencia de la República

- *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 1983.
- *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo 2001.
- *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 2007.
- *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo de 2013.
- *Segundo Informe de Gobierno. 2013-2014*. Anexo Estadístico, Presidencia de la República, México, 2014.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

- *Manual General de Organización de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes*, Diario Oficial de la Federación, 27 de julio de 2011.

Secretaría de Desarrollo Social

- Secretaría de Desarrollo Social, *Diagnóstico del programa Pensión para Adultos Mayores*, junio de 2013.
- _____, *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, México, 2001.
- _____, *Programa Pensión para Adultos Mayores 2013*, México, 2013.
- _____, *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018*, México, 2013.
- _____, *Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales*, México, 2015.
- _____, *Programa Pensión para Adultos Mayores 2013*, México, 2013.
- *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 13 de diciembre de 2013.

Secretaría de Educación Pública

- *Ley General de Educación*, Diario Oficial de la Federación, 13 de julio de 1993, última reforma publicada el 20 de abril de 2015.
- *Decreto de creación de la Secretaría de Educación Pública*, Diario Oficial, 3 de octubre de 1921.
- Secretaría de Educación Pública, *Programa Intersectorial de Educación 2007-2012*, México, 2007.

- _____, *Programa Intersectorial de Educación 2013-2018*, México, 2013.
- _____, *Programa Nacional de Educación 2001-2006*, México, 2001.
- *Programa Sectorial de Educación 2007-2012*, Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 2008.
- *Programa Sectorial de Educación 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 13 de diciembre de 2013.
- *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública*, Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2005.
- *Manual General de Organización de la Secretaría de Educación Pública*, Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2012.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

- *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2001-2006*, Diario Oficial de la Federación, 15 de enero de 2003.
- *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2007-2012*, Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2008.
- *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 16 de diciembre de 2013.

Secretaría de Salud

- *Ley General de Salud*, Diario Oficial de la Federación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 25 de enero de 2013.
- Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999*, Diario Oficial, 20 de octubre de 1999.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2001-2006*, México, 2001.
- _____, *Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento 2007-2012*, México, 2007;
- _____, *Programa de Acción Específico: Atención al envejecimiento 2013-2018*, México, 2013.
- _____, *Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*, México, 2014.
- _____, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México, 2007.
- _____, *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, México, 2013.

- _____, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, *Programa Intersectorial de Educación saludable 2001-2006*, México, 2002.

Secretaría de Trabajo y Previsión Social

- *Programa Nacional de Política Laboral 2001-2006*, Diario Oficial de la Federación, 13 de diciembre de 2001.
- *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012*, Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2008.
- *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, 13 de diciembre de 2013.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

- *Decreto de creación del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia*, Diario Oficial, 13 de enero de 1977.
- Secretaría de Salud, *Manual General de Organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*, 9 de agosto de 2012.

Artículos académicos

- Albo, Adolfo et al., *Hacia el fortalecimiento de los sistemas de pensiones en México: visión y propuesta de reformas*, México, Pensiones y Seguros América y Servicios de estudios Económicos, 2007.
- Alonso Raya, Agustín Miguel, *La agenda pendiente de la seguridad social, en La seguridad social a una década de la reforma de pensiones*, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, México, 2006.
- Arroyo Rueda, María Concepción, *Sentirse “una carga” en la vejez: ¿realidad construida o inventada?*, Revista Kairós Gerontología, vol. 14, núm. 4, diciembre 2011.
- Asatashvili, Aleksy y Borjón López-Coterrilla, Inés (compiladores), *Panorama actual de los derechos humanos de las personas de edad. situación de México frente a los compromisos internacionales*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003.
- Flores Villavicencio, María Elena, Vega López, María Guadalupe y Julián Pérez, Guillermo, Coordinadores, *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 2011.

- Giraldo Rodríguez, Liliana y Torres Castro, Sara, *Envejecimiento, vulnerabilidad y maltrato, Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*, Instituto Nacional de Geriátría, México, 2010.
- González-Celis Rangel, Ana Luisa, *Calidad de vida en el adulto mayor*, Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria, A.A. V.V., Instituto Nacional de Geriátría, México, 2010.
- Gomes, Cristina, *Pobreza, familia y envejecimiento poblacional en México*, México 2014.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (Coord.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, Instituto Nacional de Geriátría, México 2012.
- Huenchuan, Sandra, *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2013.
- Kehl, Susana y Fernández, J. Manuel, *La construcción social de la vejez*, Cuadernos de Trabajo Social, Norteamérica, 2001.
- Montes de Oca Zavala, Verónica, *Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*, Renglones. Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm. 62, marzo-agosto, 2010.
- Ramos Esquivel, Júpiter et. al., *Aportes para una conceptualización de la vejez*, Revista de Educación y Desarrollo, núm. 11, octubre –diciembre de 2009.
- Rangel López, Luz Esther, *El anciano maltratado, Los derechos de las personas de la tercera edad*, Fascículo 3, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003.
- Rofman, Rafael, Apella, Ignacio y Vezza, Evelyn (editores), “México”, en *Más allá de las pensiones contributivas*. Catorce experiencias en América Latina, Banco Mundial, Buenos Aires, 2013.
- Romero Ruvalcaba, José Tomás, *Discriminación y adultos mayores: un problema mayor*, El Cotidiano, núm. 134, noviembre-diciembre, 2005.
- Salvarezza, Leopoldo, *Vejez, Medicina y Prejuicios*, Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, núm. 1 julio–diciembre 1994.
- Sánchez, Diego y Egea, Carmen, *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores*, Papeles de Población, vol. 17, núm. 69, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 2011.
- Torres Minoldo, María Sol y Peláez, Enrique, *El envejecimiento demográfico, ¿final de la seguridad social? análisis en Argentina y Latinoamérica*, en Aposta. Revista de ciencias sociales, núm. 54, Julio, agosto y septiembre, 2012.
- Tuirán, Rodolfo, *Desafíos del envejecimiento demográfico en México*, Los derechos de las personas de la tercera edad, Fascículo 3, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2003.
- Valencia Lomelí, Enrique, Foust Rodríguez, David y Tetreault Weber, Darcy, *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*, CEPAL-ASDI, 2012, Santiago de Chile.
- Zúñiga, Elena y Vega, Daniel, *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*, Secretaría de Gobernación-Consejo Nacional de Población, México, 2004.

Documentos internacionales

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2009.
- _____, *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile, 2009.
- _____, *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Santiago de Chile, 2015.
- _____, *Los derechos de las personas mayores, materiales de estudio y divulgación*, Módulo 1, Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez, Santiago de Chile, 2011.
- _____, *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*, Santiago de Chile, 2011.
- Fondo de Población de Naciones Unidas, *Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío*, Estados Unidos, 2012.
- Organización Internacional del Trabajo, *Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe*, Geneva, 2010.
- Organización Mundial de la Salud, *Asistencia sanitaria a las personas de edad*, México, 1982.
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General de las Naciones Unidas, *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, Nueva York, 1983.
- _____, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, Viena, Austria, 1982.
- _____, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Madrid, 2002.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, *El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, 2008.

Otros ordenamientos jurídicos

- *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 1976, última reforma publicada el 24 de diciembre de 2014.

Sitios web

- Consejo Nacional de Población, Consulta Interactiva de Indicadores Demográficos Disponible en http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Consultas_Interactivas , consultado el 16 de junio de 2015.
- Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003-2014, México 2015. Disponible en http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/contabilidad_gubernamental/Paginas/cuenta_publica.asp, consultado el 14 de julio de 2015.
- Instituto Nacional de Geriatria, Envejecimiento [En línea]. Disponible en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.ht> consultado el 04 de junio de 2015.
- Organización Internacional del Trabajo, Hechos concretos sobre la seguridad social. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf consultado el 24 de septiembre de 2015.
- Presupuesto de Egresos de la Federación 2003-2014, Disponible en <http://www.shcp.gob.mx/egresos/pef/paginas/presupuestodeegresos.aspx> , consultado el 30 de julio de 2015.