

Experiencia institucional y situación social de los ancianos en la ciudad de México¹

por Verónica Montes de Oca²

Montes de Oca, Verónica, "Experiencia institucional y situación social de los ancianos en la ciudad de México", en Rolando Cordera y Alicia Ziccardi, (Coords.) *Las políticas sociales en México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, Coordinación de Humanidades/Facultad de Economía/ IIS-UNAM /Miguel Angel Porrúa, México, 2000, p. 419-456.

Entendámonos: la marginación de los viejos en una época en la que el curso histórico es cada vez más acelerado, resulta un dato de hecho, imposible de ignorar. N. Bobbio (1997)

Introducción

Una de las áreas en el país con tendencia al envejecimiento de su estructura etaria es la ciudad de México. El efecto de las migraciones pasadas, el marcado descenso de la fecundidad y mortalidad han contribuido a este proceso. Sin embargo, a pesar del mayor monto de población con 60 años y más en la capital aún no hay suficientes estudios sobre ¿cuál es la situación demográfica, epidemiológica y social de este segmento de la población? Así como ¿cuál es la infraestructura y organización institucional disponible para atender la creciente demanda de nuevos servicios para la población? Como otros fenómenos sociales, el perfil de ésta población puede transformar la organización de las instituciones públicas sobre todo por la demanda y oferta de servicios. Dicho diagnóstico sobre la situación de la población con 60 años y más en la capital puede servir como referencia presente y futura para

¹ Para la elaboración de este artículo se contó con la valiosa colaboración de la Lic. Lyssette Muñoz Villers de la Unidad de Cómputo de El Colegio de México.

² Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: monteso@servidor.unam.mx

contribuir a una transformación institucional más afín a los requerimientos colectivos. El nuevo papel de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en buena medida depende del perfil sociodemográfico, la demanda social, administración pública y planeación política.

El presente documento está organizado de la siguiente manera. Inicialmente introduzco una breve descripción sobre el desenvolvimiento demográfico de México, contexto que da origen a un proceso de envejecimiento por regiones. Acto seguido incorporo el contexto económico y social de la ciudad, para entender el ambiente adverso que viven los diferentes grupos sociales. Posteriormente, describo el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población anciana residente en la ciudad de México, con el fin de identificar sus heterogéneas necesidades. A continuación, analizo la estructura y organización de las políticas sociales que se desarrollan en el Distrito Federal y que específicamente están orientada a ésta población. Por último, presento algunas reflexiones y propuestas para el diseño, planteamiento, lógica y ejecución de los programas sociales dirigidos a la población anciana en el Distrito Federal.

1. Cambio y tendencias demográficas en México

En 1910, México tenía 15 millones de habitantes, los cuales tenían una esperanza de vida de 30 años. El ritmo de crecimiento oscilaba entre 1% y 1.5% anualmente, en parte consecuencia de la alta mortalidad infantil que oscilaba entre 250 y 270 niños fallecidos por cada mil nacimientos. La fecundidad medida a través de la tasa global era también muy alta, se calcularon 9 hijos por mujer en edad reproductiva. Mientras los niveles de mortalidad general debieron fluctuar alrededor de las 35 defunciones por mil.

De la Revolución Mexicana hasta el periodo de institucionalización en 1940, los indicadores demográficos presentaron una marcada mejoría. Este fue un periodo en el que surgieron programas de salud pública que contribuyeron al descenso de las tasas de mortalidad que junto con el patrón reproductivo anterior permitió que el ritmo de crecimiento demográfico se acelerara hasta 1.7% anual. La tasa global de fecundidad se calculó en 7 hijos por mujer en edad reproductiva (Camposortega, 1993). En aquel momento el tiempo promedio de vida era de 40 años para la población nacida en esos momentos (Alba, 1977; Camposortega, 1992).

Para un periodo posterior, es decir entre 1940 y 1970, el ritmo de crecimiento demográfico era de 3% anual. De 20 millones en 1940, México tenía 30 millones más en 1970. En treinta años de desarrollo y crecimiento económico, la estructura de la población del país se había rejuvenecido. La esperanza de vida continuó prolongándose hasta alcanzar en 1970 los 59 años para los hombres y 63 para las mujeres. El número de defunciones infantiles habían disminuido, para en 1970 reportar 73 muertes por cada mil nacimientos (Camposortega, 1992). La tasa global de fecundidad siguió muy alta: 7 hijos por mujer en edad reproductiva (Alba, 1977).

Todo indicaba que si bien la estructura de la población se rejuvenecía cuantitativamente también esas generaciones nacidas tenderían a vivir mucho más tiempo. Las proyecciones demográficas detectaron una situación difícil para las instituciones, México tendría en el futuro cercano problemas de tipo económico y social ante el elevado ritmo de crecimiento de la población en general. Es en los setenta cuando se formalizan políticas de planificación familiar y anticoncepción que buscaron reducir el número de nacimientos por mujer con el objeto de limitar el crecimiento natural de la población. En esos

momentos comenzaba a suscitarse un doble juego en la dinámica demográfica, por un lado se transformaba nuestra concepción sobre la muerte mientras, por el otro, se experimentaba la última etapa de rejuvenecimiento de la estructura etaria. La fecundidad en este momento comenzaría a ser la determinante más poderosa que cambiaría la participación porcentual de la población con 60 o 65 años y más (Conapo-DIF, 1994).

Este periodo se caracterizó por un modelo de desarrollo económico que se fincaba en el centro del país³. Época afortunada para la industria y el crecimiento de las ciudades, circunstancia que permitió la transferencia de mano de obra originaria de zonas rurales a núcleos urbanos. La demanda de fuerza de trabajo industrial garantizaba un mejor bienestar familiar que difícilmente se obtendría en zonas campesinas con economías de subsistencia. En cuanto a la distribución geográfica de la población, los saldos netos migratorios con signo positivo se concentraron en las regiones del norte y en las cercanías de la ciudad de México.

Dichos movimientos poblacionales, paradójicamente, fueron un factor fundamental para el desarrollo económico y para el desequilibrio demográfico de las regiones del país. En 1940, la ciudad de México concentraba el 14.7% de la población total, y para 1970, era el 22.4%; para esas últimas fechas el 40% de la población total habitaba en ciudades. Los flujos migratorios del campo a la ciudad movilizaron a población joven (10 a 30 años) de preferencia masculina. Dicha selectividad cambió en los setenta, cuando la migración se

³ Durante la década de los cincuenta se transformó la estructura del sistema productivo mexicano, época que inicia una política de sustitución de bienes de producción. Las industrias localizadas en el Distrito Federal desarrollan una capacidad de absorción de fuerza de trabajo mayor en comparación con otras actividades (García, Muñoz y Oliveira, 1979).

compuso en su mayoría por población femenina que se trasladó a la capital para trabajar en el servicio doméstico y otras actividades del sector servicios (Arizpe, 1990; De Barbieri, 1985).

El contexto anterior permite tener una visión retrospectiva del origen del proceso de envejecimiento en México, así como de las épocas que vivieron las actuales generaciones de ancianos. El ritmo de crecimiento de la población anciana ha dependido en gran medida del comportamiento de los indicadores demográficos. Entre 1950 a 1990, la población con 60 años y más del país aumentó a ritmos diferentes. Todo apunta a una suave tendencia de crecimiento constante a partir de la segunda mitad del siglo XX que se volverá más marcado una vez iniciado el siglo XXI.

Para principios de la década de los noventa se ha calculado que la esperanza de vida al nacimiento en el nivel nacional era de 67.6 años para los hombres y 73.6 años para las mujeres. Otro efecto del descenso de la mortalidad es el incremento de la esperanza de vida a los sesenta años de edad, lo que significa que los hombres que alcanzaron esa edad todavía tienen fuertes probabilidades de vivir 19.2 años más y las mujeres 21.4 años más. De la misma manera, la esperanza de vida a los ochenta años es una información interesante, ya que una persona que actualmente alcanzó los 80 años todavía tiene una esperanza de vida de 8 años (Camposortega, 1993).

Según el Censo de Población y Vivienda de 1995, la población con 60 años y más es de poco más de 6 millones, 6% del total de población mexicana. El índice de masculinidad entre la población con 60 años y más es 90 hombres por cada 100 mujeres, siendo en las edades más avanzadas mucho menor. Por ejemplo, en 1995 entre los centenarios se reportan a 5,137 hombres por 8,909 mujeres. Cabe señalar que, según proyecciones de población, para

el 2020 la población con 60 años y más se calcula en 15 millones, 13% del total de la población. Las mujeres con 100 años y más serán 12,436 por 8,444 hombres. Para 2050, la población anciana será de 41.5 millones lo que aproximadamente equivale a un 31%. Los centenarios en México, para el 2050, serán 81,337 mujeres frente a 55,958 hombres. Sin duda el próximo panorama para las familias de aquellos en edad muy avanzada será un punto muy serio de reflexión política (Cuadro 1).

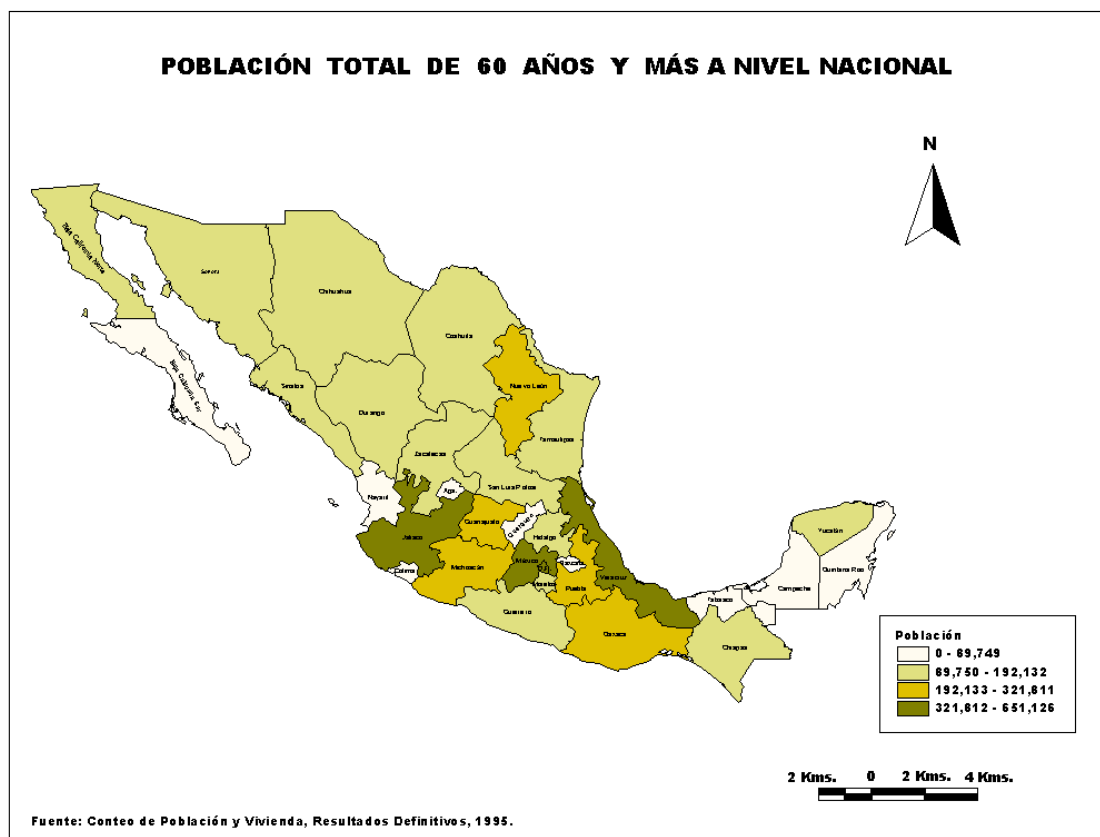
Cuadro 1 Proyecciones de población para México 1996-2050⁴.

| Edad | 1996 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|-----------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 60-64 | 1,880,719 | 3,101,136 | 4,910,930 | 7,047,017 | 8,309,020 | 9,015,210 |
| 65-69 | 1,450,754 | 2,378,571 | 3,711,589 | 5,757,414 | 7,569,885 | 8,403,748 |
| 70-74 | 1,058,273 | 1,806,221 | 2,684,619 | 4,338,132 | 6,302,705 | 7,492,018 |
| 75-79 | 705,561 | 1,281,256 | 1,891,341 | 3,036,577 | 4,798,825 | 6,393,446 |
| 80-84 | 471,518 | 816,583 | 1,260,646 | 1,949,670 | 3,238,946 | 4,796,438 |
| 85-89 | 282,575 | 446,929 | 732,558 | 1,142,013 | 1,908,018 | 3,101,269 |
| 90-94 | 120,626 | 190,672 | 340,706 | 566,788 | 926,646 | 1,604,019 |
| 95-99 | 34,496 | 64,558 | 110,647 | 200,549 | 336,327 | 596,122 |
| 100 y más | 5,585 | 12,761 | 20,880 | 42,349 | 77,589 | 137,295 |
| Total 60 y más | 6,012,103 | 10,100,697 | 15,665,936 | 24,082,539 | 33,470,001 | 41,541,615 |
| Total Nacional | 93,819,129 | 112,509,758 | 122,475,398 | 129,411,713 | 132,836,631 | 132,444,397 |
| % | 6.41 | 8.98 | 12.79 | 18.61 | 25.20 | 31.37 |

De acuerdo con el Censo de 1995, el 70% de la población envejecida reside en áreas muy urbanizadas con más de 100 mil habitantes mientras el resto habita en zonas menos urbanizadas. Además el índice de masculinidad, tomando en cuenta el grado de urbanización, revela que existen más mujeres entre los ancianos que residen en zonas urbanas, y el fenómeno contrario se observa entre aquellos que habitan en las zonas rurales, donde sobresalen los

hombres en edad avanzada. La distribución regional, por otra parte llama la atención, pues en algunos estados se concentra numéricamente la población con 60 años y más. En nuestro país cerca del 20% de la población con 60 años y más reside en el Distrito Federal y el Estado de México, es decir lo que conocemos como área metropolitana de la ciudad de México (Mapa 1 y Cuadro 2). El proceso de envejecimiento en México, diferente por regiones, es el primer factor que hace relevante estudiar la situación de la población anciana en la ciudad de México.

Mapa 1



⁴ Consejo Nacional de Población, “Taller de presentación de la metodología y los resultados de las proyecciones de población, 1996-2050”, mimeo, 1998.

Cuadro 2

México. Distribución de la población con 60 años y más según entidades de la República, 1995.

| Estado | Pob. abs. con 60 años y más | % con respecto a la Nacional | % con respecto al Estado |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Zacatecas | 105,473 | 1.77 | 7.88 |
| Yucatán | 122,802 | 2.06 | 7.88 |
| Distrito Federal | 651,126 | 10.91 | 7.65 |
| Nayarit | 68,056 | 1.14 | 7.58 |
| Oaxaca | 241,417 | 4.04 | 7.44 |
| Michoacán | 288,283 | 4.83 | 7.42 |
| San Luis Potosí | 161,396 | 2.70 | 7.31 |
| Durango | 101,143 | 1.69 | 7.05 |
| Morelos | 101,806 | 1.71 | 7.05 |
| Jalisco | 421,848 | 7.07 | 7.02 |
| Tamaulipas | 176,353 | 2.95 | 6.97 |
| Puebla | 321,811 | 5.39 | 6.95 |
| Veracruz | 468,771 | 7.85 | 6.95 |
| Tlaxcala | 60,307 | 1.01 | 6.82 |
| Colima | 33,241 | 0.56 | 6.80 |
| Hidalgo | 143,007 | 2.40 | 6.75 |
| Chihuahua | 184,298 | 3.09 | 6.58 |
| Guanajuato | 290,233 | 4.86 | 6.58 |
| Guerrero | 192,132 | 3.22 | 6.56 |
| Coahuila | 142,427 | 2.39 | 6.54 |
| Sonora | 136,157 | 2.28 | 6.52 |
| Nuevo León | 231,431 | 3.88 | 6.51 |
| Sinaloa | 157,441 | 2.64 | 6.48 |
| Campeche | 39,289 | 0.66 | 6.10 |
| Aguascalientes | 50,727 | 0.85 | 5.87 |
| Baja California Norte | 116,599 | 1.95 | 5.49 |
| Baja California Sur | 20,572 | 0.34 | 5.46 |
| Querétaro | 68,102 | 1.14 | 5.43 |
| Tabasco | 89,749 | 1.50 | 5.12 |
| México | 581,322 | 9.74 | 4.95 |
| Chiapas | 178,407 | 2.99 | 4.95 |
| Quintana Roo | 23,937 | 0.40 | 3.39 |
| Total | 5,969,663 | 100.00 | 6.50 |

2. Desarrollo económico y político-social de la ciudad de México

Durante muchos años la ciudad de México, en especial el Distrito Federal, fue foco de análisis, pues en gran medida se consideraba un pilar fundamental para impulsar el desarrollo económico y social del conjunto del país. Sin embargo,

hoy por hoy la capital del país concentra amplios sectores en condición de pobreza y *pobreza extrema*, mientras paradójicamente también concentra la mayor riqueza siendo un espacio que centraliza gran parte de servicios públicos y privados, así como los recursos económicos. Para reforzar la inquietud política y social sobre la pobreza en la ciudad de México, cabe mencionar que los estudios sobre distribución del ingreso señalan, que mientras en la década de los setenta la pobreza se concentraba en las áreas rurales, en los noventa la pobreza viene a concentrarse en las áreas urbanas (Boltvinik, 1992).

La poco equitativa distribución del ingreso también en la capital se ha reflejado en altos niveles de desnutrición, marginación, rezago educacional, deficiencia en la atención a la salud y una creciente morbilidad por enfermedades transmisibles junto con crónico-degenerativas. Consecuencia de ello han tenido mayor presencia niños trabajadores en la calle, abandono de recién nacidos, niños y ancianos, así como gente sin hogar que deambula por las calles sin protección institucional o familiar (indigentes)⁵.

Aunque en la década de los setenta sobresalieron las políticas tendientes a “satisfacer” las necesidades rezagadas de la población mexicana (se crearon instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia-DIF, Instituto Nacional de la Senectud-INSEN, entre otros.), el diseño de las acciones, se dice, no se organizaron y financiaron adecuadamente. Consecuencia de ello se generó un déficit a corto plazo que propició la

⁵ Actualmente según un Censo de Indigentes en la ciudad de México, (1996) se localizan cerca de 12,941 personas indigentes, de los cuales 4,727 no están institucionalizados. De ellos el 20% son mujeres. La mitad de ellos tienen más de 50 años. Aparentemente el 61% reportó no haber tenido hijos y en la actualidad una gran proporción padecen de sus facultades mentales.

inestabilidad social y económica del país. Esa época denominada de "transición" (1970-1981) estuvo caracterizada por una ruptura con el modelo de crecimiento anterior. Aunque el producto siguió creciendo de manera significativa, al final de la década de los setenta se frenó la inversión pública y privada, generando problemas en la demanda del mercado laboral. El déficit público como proporción del PIB (producto interno bruto) aumentó del 1.6% al 14.9% en los setenta. La tasa promedio anual inflacionaria alcanzó el 22%, mientras en periodos anteriores había sido de 4.13%. Todo ello generó una fuerte presión sobre los precios y una devaluación de la moneda, que hacia veinte años no ocurría. El tipo de cambio nominal hasta 1975 fue de 12.5 pesos por dólar, al año siguiente era de 15.44 pesos y al siguiente de 22.58 con un permanente aumento hasta la fecha (García Alba, *et al*, 1984).⁶

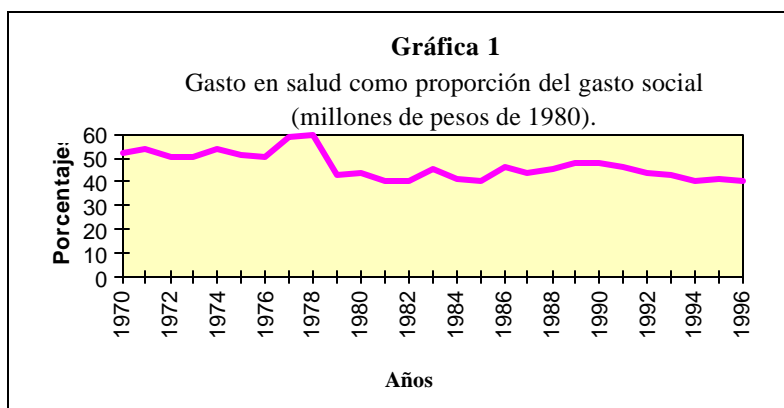
Durante el periodo que va de 1976 a 1982, el producto per cápita descendió a 16% y el salario real de los trabajadores en el último año fue 35% menor al reportado al inicio de ese periodo político. Los sistemas de seguridad social y los subsidios a los productos básicos también sufrieron una reducción presupuestaria. En 1982 la inflación promedio fue de 58.82%, mientras que en un plazo siguiente fue de 98.8%. En esa década la disminución de las remuneraciones reales, la presión de la deuda externa y la fuga de capitales fueron características de una situación económica recesiva que afectó de diversas maneras a los diferentes grupos de la población (García Alba, *et al*, 1984; Lustig, 1986).

Los años de profunda crisis debilitaron la capacidad del sistema

⁶ En 1993, el gobierno mexicano realizó una conversión de la moneda nacional. En este plan de conversión se cambiaba el viejo peso mexicano por un nuevo peso, de mil a uno. Si no hubiera existido actualmente el tipo de cambio sería de 8,980 pesos mexicanos por dólar.

económico para generar empleos, los sindicatos perdieron espacios de negociación, así como el control salarial hizo que los trabajadores perdieran su poder adquisitivo. Entre todos los sectores de la economía nacional, fue la industria la más afectada por la recesión. Como la población en edad productiva crecía con rapidez, las empresas y el mismo gobierno optaron por recortar personal y acelerar la jubilación de los trabajadores con cierta antigüedad. Las necesidades de la población seguían en aumento mientras el desempleo, la reconversión tecnológica, la jubilación temprana y el recorte de personal provocaron que las ocupaciones no asalariadas se incrementaran (Oliveira y García, 1993).

El retroceso en las políticas de bienestar social fueron características del periodo. Por ejemplo, el cuidado gratuito a la salud tuvo un marcado descenso en la cobertura de la población afiliada. También el gasto público en salud disminuyó, siendo un porcentaje del producto interno bruto de tan sólo 2.6%, en 1982, mismo que descrece a 1.6% en 1986 (Cortés, *et al*, 1990) (Gráfica 1).



Los efectos económicos en conjunto contribuyeron a una disminución en la calidad de vida de la población. Aunque se ha estudiado que aparentemente los indicadores sociodemográficos no mostraron un retroceso, si

llamaron la atención los estudios sobre desnutrición, marginalidad, analfabetismo, pobreza y desempleo (abierto o encubierto) que permitieron observar como parte de la población era vulnerable ante las deficiencias del

desarrollo. Los niños, las mujeres y *ancianos*, serían desde cualquier punto de vista los segmentos poblacionales de menor resistencia ante estas coyunturas económicas (Lustig, 1986; Oliveira y García, 1990; Cortés *et al*, 1990).

Fue a finales de la década de los ochenta, cuando comenzó una estrategia de recuperación económica, con la aplicación de políticas de apertura comercial con el exterior, reprivatización de la banca mexicana, reorientación menos proteccionista del Estado en la economía nacional y la continuación de una concertación entre el sector empresarial, trabajador y gobierno para frenar el alza de precios, controlar el tipo de cambio y los salarios. Para los primeros años de los noventa fue posible ver que algunos indicadores económicos habían mejorado. Por ejemplo, la tasa inflacionaria se redujo a 18.8% en 1991, cuando cuatro años atrás era de 150% (Oliveira y García, 1993; Lustig, 1994).

Sin embargo, en diciembre de 1994, vuelve a darse un desajuste económico que nuevamente profundiza el deterioro rezagado de los últimos quince años. De diciembre de 1987 a 1996, la canasta básica se incrementó en forma acumulada en 1041.7% en contraste con el salario mínimo diario que sólo creció 349.3%, resintiendo una pérdida en su poder de compra de 69.4% (La Jornada, Reporte Económico, 09/09/96). La inflación era de 25% mientras en EEUU era de 3%. Se calculan 11 millones de subempleados y desempleados, mientras que la economía reportaba una tasa de crecimiento de 3%. Además, 15 mil empresas medianas y pequeñas desaparecieron en 1995, mientras las grandes empresas aumentaron su margen de utilidad de 1.4 a 8.9 entre 1994 y 1995. Época que se ha dado en llamar de “Hood Robin” (sic) porque se ha caracterizado por quitarle a los pobres para darles a los ricos.

En materia de política social, durante esa época se lleva cabo una de las reformas a la Ley del Seguro Social, la más importante institución que rige la seguridad social de México. Los políticos utilizaron marcadamente el discurso demográfico para argumentar la reforma, pero la justificación real para crear un nuevo sistema de pensiones consiste en generar una masa de ahorro de 150 mil millones de dólares. Para ello surgen las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) como instituciones privadas, descendientes directas de las sociedades bancarias. Los criterios de rentabilidad se volvieron, en pocos años, factores decisivos para el nuevo sistema de pensiones. No obstante, los supuestos económicos para su éxito están recargados imperiosamente en el mejoramiento de los indicadores económicos, sobretudo en el crecimiento del empleo y el fortalecimiento del poder adquisitivo. En menos de cuatro años las Afores se han constituido en actores sociales que administrarán y acumularán los ahorros de la masa de trabajadores asalariados, convirtiéndose en los principales constructores de la futura situación económica de la población anciana y sus hogares (Montes de Oca, 1995 y 1998).

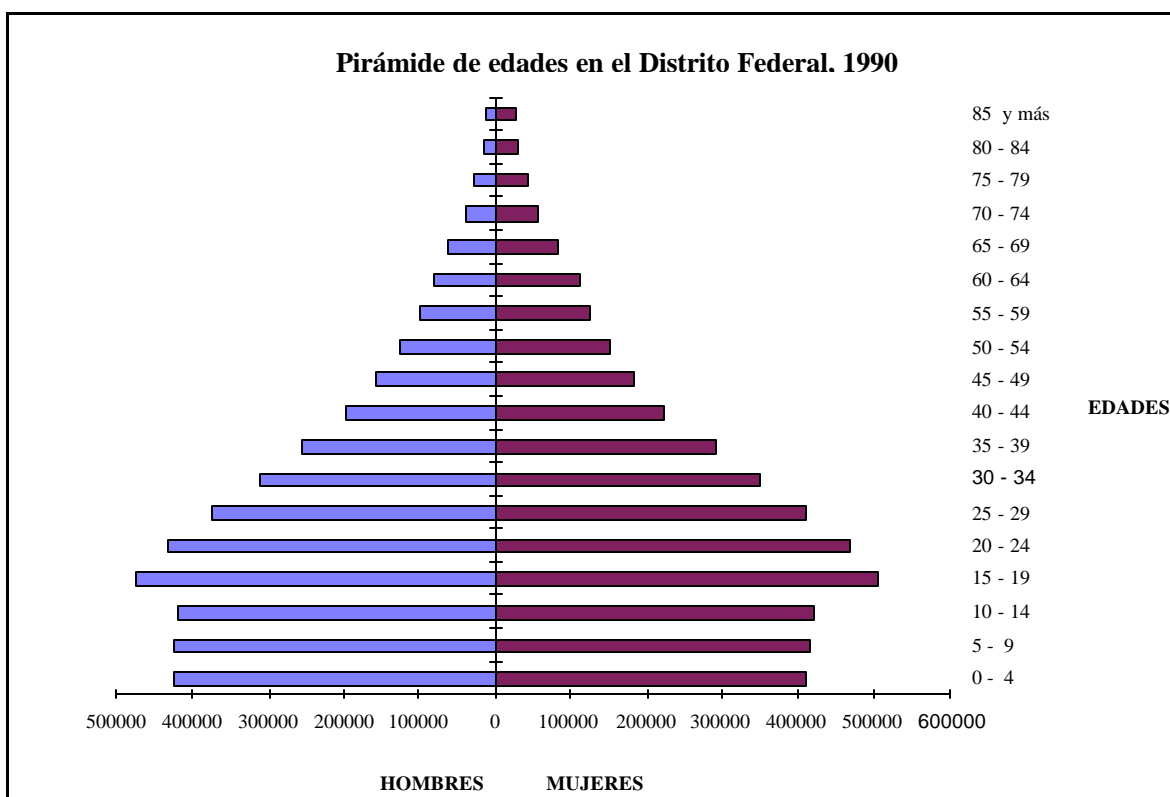
3. La situación social de la población anciana en la ciudad México

Los orígenes del envejecimiento demográfico de la ciudad de México, como se adelantaba en apartados anteriores, se deben al crecimiento social y natural de la población, así como al estilo de modernización económica en las últimas décadas (Montes de Oca, 1994). La literatura señaló la existencia de flujos migratorios de fuerza de trabajo provenientes de otros estados de la República que terminaron por asentarse en la capital, en parte, como resultado de la concentración industrial del modelo de desarrollo imperante en la década de los cincuenta y sesenta. También el envejecimiento de la estructura por edad de

la ciudad de México se debe a que fue una de las primeras áreas en disminuir el número de hijos por mujer, en mostrar reducidas probabilidades de muerte infantil, materna, así como en edades avanzadas (Pirámide 1).

La situación actual de la población anciana en la ciudad de México plantea retos en materia de política social. Sin embargo, no es posible plantearse programas sociales si no hay un diagnóstico previo de las necesidades de ésta población como de la estructura organizacional de las instituciones públicas y privadas.

Pirámide 1



Las características demográficas, epidemiológicas y sociales permiten crear un diagnóstico propicio para la programación de políticas públicas específicas para este grupo social. Las fuentes de información si bien no son

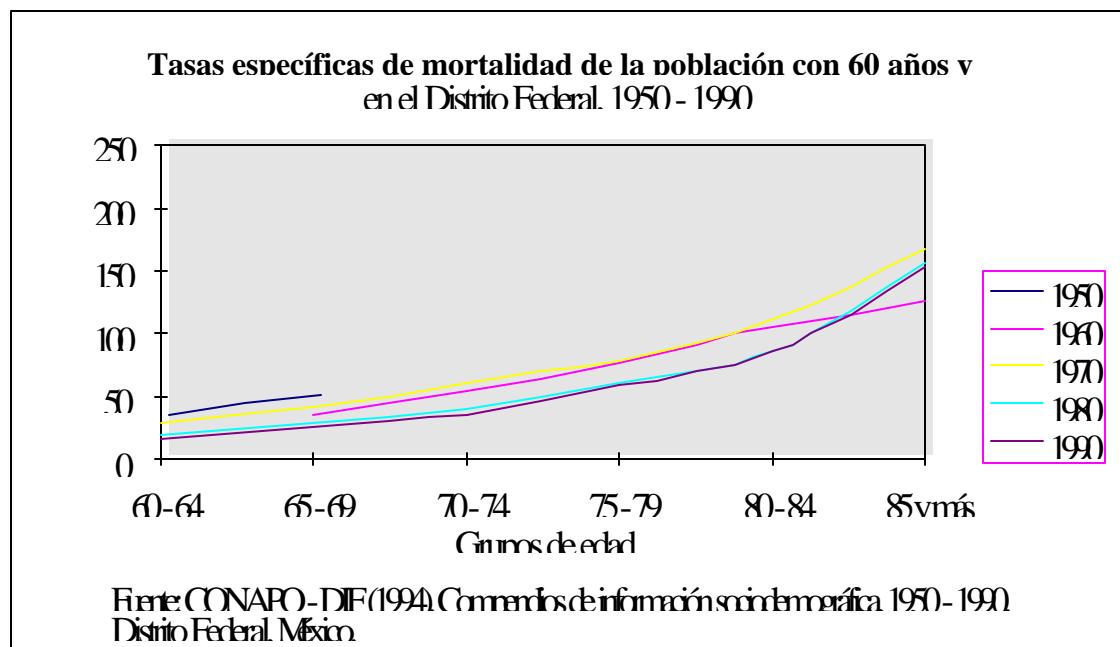
suficientes si al menos permiten aproximarnos a un diagnóstico cercano a las necesidades de esta población.

Según el Censo de Población y Vivienda, de 1995, el 7.7% de la población total del Distrito Federal tiene 60 años y más lo que equivale a cerca de 650 mil individuos. Estas personas representan poco más de una décima parte del total de ancianos en todo el país. En el Distrito Federal la esperanza de vida es significativamente más alta que en el resto de las entidades. Para 1990, encontramos según estimaciones propias con base en estadísticas vitales que el tiempo de vida promedio es de 71.3 años para las mujeres y 68.4 años para los hombres nacidos en ese año (Montes de Oca, 1995). Este dato hace sobresaliente que exista una mayor presencia de población en edades muy avanzadas. Cabe anotar que en el Distrito Federal reside el 10% del total de población con 75 años y más de todo el país. El origen de que la esperanza de vida sea mayor en el Distrito Federal, es consecuencia de las disminuciones en las tasas de mortalidad de las últimas décadas, que a su vez pueden estar determinadas por una mayor instrucción relativa, alimentación, información, número de servicios y atención a la salud.

A nivel nacional si nos permitiéramos ubicar geográficamente dónde se encuentra la población femenina con 60 años y más, con sorpresa sabríamos que está mayoritariamente reside en el área metropolitana de la ciudad de México (Distrito Federal y Estado de México). Una de cada cinco mujeres con 60 años y más del país habita en estas entidades. En el Distrito Federal el índice de masculinidad deja más claro el impacto de este fenómeno. Para 1990 el índice mostraba que existen 70 hombres con 60 años y más por cada 100 mujeres, índice que disminuye en los grupos de edad más avanzada, llegando a 47.7 hombres por cada 100 mujeres entre aquellos con 85 años y más. Ello

hace evidente la presencia mayoritaria de población femenina en la ciudad de México experimentando la etapa de vejez. El contexto económico de la ciudad, la condición social de las cohortes de mujeres nacidas a principios del siglo, así como las situaciones de desgaste físico y mental, permiten alertar sobre posibles situaciones de gran vulnerabilidad entre las mujeres donde la reflexión sobre las relaciones de género debe quedar patente en la planeación de políticas públicas.

Gráfica 2



Contrario a lo esperado la población con 60 años y más no se ubica mayoritariamente en el Centro Histórico de la ciudad, el mayor número de ancianos residen en delegaciones conocidas por su alto grado de pobreza y violencia urbana. Aunque también son las delegaciones de Iztapalapa y Gustavo A. Madero conocidas por el bajo costo de la vivienda. Incluso la población que tiene arriba de los 75 años se observa claramente concentrada en otras delegaciones de la periferia y no en el originario Centro Histórico. Esta

ubicación cuyo origen puede ser el cambio domiciliario sugiere posibles estrategias de optimización del patrimonio familiar. El cambio domiciliario hacia colonias menos costosas puede significar un recurso que permite optimizar los escasos recursos económicos en la vejez .

Sobre el perfil epidemiológico entre la población con 60 años y más en el Distrito Federal, con base en Estadísticas Vitales de 1990, resalta la fuerte presencia de enfermedades crónico-degenerativas que pueden convivir con aquellas de tipo transmisible, accidentes y lesiones. En muchas investigaciones se sugiere la existencia de multimorbilidad entre ésta población, que incluso, afecta diferencialmente a hombres y mujeres (CEPS, 1994).

Las defunciones por enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades cardiovasculares y digestivas, cáncer, diabetes y respiratorias, principalmente) domina en los registros con una proporción cercana al 90%, lo que además indica la existencia de etapas previas a la muerte en condiciones deficientes para desarrollar actividades básicas en la vida diaria. Las defunciones por enfermedades transmisibles en población con 60 años y más, cuya proporción (6.4%) aumenta en grupos de edad muy avanzada, sugiere que estos padecimientos pueden generarse en ambientes sociales o familiares adversos, de vulnerabilidad económica y pobreza extrema.

Si bien las defunciones por accidentes y lesiones, en una urbe tan dinámica como la ciudad de México, no parecen alarmantes. Es de llamar la atención como su presencia es mayor en los hombres de los primeros grupos de edad. Su prevalencia en estas edades sugiere situaciones de dependencia por lesiones invalidantes que pueden considerarse de largo plazo y con altos costos psicológicos y económicos para el anciano y sus familiares. Las delegaciones con prácticas tradicionalmente agrícolas son aquellas que

muestran mayores tasas de mortalidad por éstas tres grandes causas (Montes de Oca, 1996).

La siguiente información podría complementar la información epidemiológica anterior. Según encuestas sobre nutrición (ENURBAL-95), las formas de malnutrición por exceso y deficiencia son problemas nodales entre la población en edad avanzada. La obesidad leve es mayor entre los hombres con 50 años y más, mientras que la obesidad severa es mayor entre las mujeres en grupos de edad muy avanzados (Ruíz-Arregui, 1996).

Por otro lado, aunque en la ciudad de México no existe evidencia estadística y médica sobre el crecimiento de los problemas relacionados a la salud mental de la población con 60 años y más, si existe información institucional que supone una mayor presencia de procesos demenciales como la depresión, que pueden ser devastadoras para esta población como para sus familiares. La literatura de otros países anota la existencia de un incremento del proceso demencial Alzheimer como cuarta causa de defunción, así como de procesos depresivos que motivan el suicidio, tipos de neurosis, trastornos del sueño y aquellos derivados de un consumo excesivo de medicamentos y alcohol. El estilo de vida de la ciudad más grande del mundo, no nos hace dudar sobre el posible incremento de este tipo de padecimientos. Según la literatura, gran parte de los problemas relacionados con la salud mental tienen que ver con algún tipo de pérdida, estrés social o ambiental, en donde las condiciones socioeconómicas, familiares o de soledad, entre otros, adquieren relevancia. Aunado a lo anterior llaman la atención las estadísticas sobre mortalidad por suicidio en donde las ancianas del Distrito Federal rebasan el porcentaje nacional, mientras los hombres conservan la misma proporción (Cuadro 3y Gráfica 3). Cerca del 40% de las mujeres en edad avanzada que se

suicidan en México residen en el Distrito Federal. En los hombres las primeras etapas de lo que hemos considerado la entrada a la vejez parece una transición difícil si utilizamos el número de suicidios reportados como indicador al respecto. Los varones en estas edades se suicidan seis veces más que las mujeres a nivel nacional y tres veces más en el Distrito Federal.

Cuadro 3

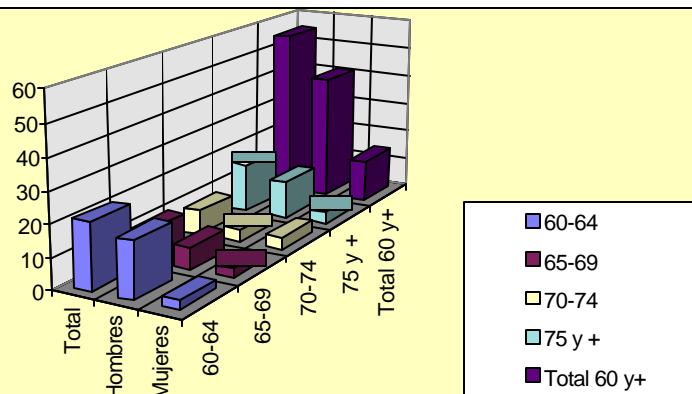
Suicidios reportados para ciertos grupos etarios en México y en el Distrito Federal, 1995.

| Grupos de Edad | Nacional | | | Distrito Federal | | |
|----------------|----------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| 60-64 | 76 | 65 | 11 | 21 | 18 | 3 |
| 65-69 | 64 | 53 | 11 | 10 | 7 | 3 |
| 70-74 | 43 | 34 | 9 | 8 | 4 | 4 |
| 75 y + | 83 | 77 | 6 | 16 | 12 | 4 |
| Total 60 y+ | 266 | 229 | 37 | 55 | 41 | 14 |
| Total Gral. | 2396 | 1970 | 426 | 433 | 348 | 85 |
| % | 11% | 12% | 9% | 13% | 12% | 16% |

Fuente: INEGI, Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, Cuaderno Núm. 2, Aguascalientes, México, 1996.

Gráfica 3

Suicidios reportados para ciertos grupos etarios, Distrito Federal, 1995.



Por otra parte, la actividad económica de la población con 60 años y más, a través de un significativo nivel de 25%⁷, muestra una lucha por sobrevivir y mantener cierto grado de autonomía económica, así como su autoestima. La participación económica si bien es mayor entre los hombres (40%), en las mujeres con 60 años y más no es despreciable (13.5%) (Montes de Oca, 1995b). Incluso a edades muy avanzadas y con deficiencias en el estado funcional se han reportado significativas muestras de participación económica (Wong y Figueroa, 1995) Las tasas de participación son mayores entre los jefes de hogar, casados o solteros y entre aquellos sin estudios o con elevados niveles de escolaridad. Esto puede estar indicando que en edades avanzadas la gente experimenta situaciones de gran necesidad económica, de continuidad en el rol de proveedor debido a la convivencia con miembros dependientes o el deseo por mantener una actividad privilegiada en el mercado laboral.

El tipo de actividades que realiza esta población los ubica principalmente en el sector terciario, en servicios distributivos y personales. Sus actividades son manuales y de venta, con una posición laboral de no asalariado, principalmente. Esta forma de incorporarse al mercado laboral no les brinda protección en materia de seguridad social, ni siquiera suficientes ingresos que les permita ahorrar y programar su retiro de la actividad. Todo lo contrario los

⁷ Se ha considerado en otras investigaciones la subestimación de las tasas de participación de la población femenina y en edad avanzadas. Tal situación se debe a los criterios conceptuales internacionalmente utilizados para captar las actividades económicas. Para mayor información véase Montes de Oca, Verónica “La actividad económica de las mujeres en edad avanzada en México: entre la sobrevivencia y la reproducción cotidiana”, ponencia presentada en el Congreso de Latin American Studies Association, Continental Plaza Hotel, Guadalajara, México, Abril 17-19, 1997.

niveles de participación y el tipo de actividad muestra una gran necesidad por trabajar, que puede propiciar la explotación y los bajos ingresos.

La población en edad avanzada de México como de otros países vive mayoritariamente en hogares familiares. Sin embargo, en la ciudad de México poco más del 8% de la población con 60 años y más reside en hogares unipersonales, es decir, estos ancianos viven solos⁸, mientras el 5% vive en hogares con personas que no son sus parientes. Entre los ancianos que viven en hogares familiares, el 12% reside en hogares nucleares de tipo conyugal, esto significa que esta población vive únicamente en compañía de su pareja. Cerca del 40% vive en hogares nucleares aún con presencia de hijos solteros. Aproximadamente, 35% reside en hogares ampliados en donde pueden convivir de 3 a 4 generaciones juntas. La información global poco más acotada sobre los arreglos familiares y su distribución por sexo y parentesco muestra que, por un lado, hay mayor propensión por parte de las mujeres ancianas a vivir solas o en compañía de personas que no son sus familiares en contraste con los varones que en ocasiones realizan segundas nupcias. Además se aprecia una creciente propensión de las mujeres a adquirir la jefatura del hogar conforme envejecen y quedan sin cónyuge, o en algunos casos ellas cambian su posición familiar. La jefatura la adquieren por ser las que generalmente le sobreviven al marido y quedan como responsables de los compromisos contraídos en familia. En otros casos, son las herederas de algún patrimonio que las puede proteger momentáneamente, aunque en otras situaciones, son

⁸ A nivel nacional este tipo de hogares no familiares es muy frecuente entre la población con 60 años y más. Según la información para 1990 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997), el 46.2% de la población que vive en hogares unipersonales tiene 60 años y más lo que representa en términos absolutos 366,577 personas de la tercera edad en esta situación. Esta población representa cerca del

mujeres abandonadas, separadas o divorciadas que quedan con menos protección económica y seguridad. Esta jefatura muchas veces va acompañada de cierta responsabilidad administrativa y económica para la cual probablemente no estaban preparadas. El cambio de posición dentro del hogar en esta etapa de la vida puede estar indicando que algunos parientes como los hijos(as) van a vivir donde ella o que ellas cambian su domicilio y van a vivir con alguno de los hijos. Esto fundamentalmente tiene que ver con la transición a la viudez y con los cambios que este evento tiene en la dinámica familiar.. Entre las mujeres con 60 años y más casi el 55% son viudas y cerca del 40% son jefas de hogar.

Si bien la predominancia de los arreglos familiares permite tranquilizar a los preocupados sobre la situación social y económica de los ancianos de la ciudad. Lo cierto es que información institucional no permite garantizar el cuidado y afecto por parte de los familiares de los ancianos. Información que advierte sobre el peligro de idealizar el papel de la familia. Aunque cerca de un 90% de los ancianos de la ciudad viven con familiares de primer, segundo y tercer orden, las instituciones encargadas de la procuración de justicia (CAPEA-PGR)⁹, así como las Casas de Protección Social de la ciudad y los Hospitales Psiquiátricos¹⁰ advierten sobre situaciones de maltrato hacia el anciano cuyo origen es intrafamiliar. Maltrato traducido no sólo a violencia expresa y dirigida, sino también a través de actitudes de descuido, intencionales o involuntarios, que generan perjuicio a la integridad del anciano.

⁹ Centro de Atención a Personas Extraviadas o Ausentes, que depende de la Procuraduría General de la República.

¹⁰ Los especialistas en psicogeriatría han encontrado casos de violencia y maltrato familiar hacia el anciano. Así como de factores domésticos (como desnutrición, pobreza, hacinamiento, entre otros) que son condicionantes de situaciones que propician el maltrato y abandono (Feria, 1996).

Incluso gran parte de los indigentes de la ciudad, cuya edad promedio es de 50 años, fueron abandonados por sus familiares. Información probablemente subestimada por la carga religiosa, psicológica y emocional que representa este fenómeno.

La descripción de la situación de la población envejecida que reside en la ciudad de México muestra de una manera simple y esquemática la posible demanda en servicios sociales, que no se reduce a la creación cuantitativa de servicios sino fundamentalmente al mejoramiento cualitativo de algunos. El progresivo envejecimiento de la capital del país y las proyecciones anunciadas previenen sobre los cambios institucionales y de organización necesarios para permitir que la población en la tercera edad viva su vejez con dignidad.

4. La política social dirigida a los ancianos en la ciudad de México

Durante cerca de seis décadas, el Distrito Federal, estuvo administrada por un Jefe del Departamento del Distrito Federal, que era elegido por el Presidente de la República en turno. Muchas de las instituciones existentes actualmente se crearon en esos años de administración. En julio de 1997, por primera vez en la historia política del Distrito Federal y como consecuencia de una serie de reformas legislativas, el jefe de gobierno del D. F. fue elegido a través de elecciones democráticas. El jefe de gobierno electo actualmente pertenece al Partido de la Revolución Democrática (PRD), partido de oposición al gobierno actual. A partir de ese momento algunos cambios se han dejado ver, sin embargo, persisten estructuras en la organización que preocupan al momento de planear programas que eleven la calidad de vida de la población anciana que reside en el Distrito Federal. Este documento en su mayoría se

basa en la información de la administración pasada, aunque rescata algunos de los planteamientos de política social de la nueva administración¹¹.

Para el análisis de la política social orientada hacia la población anciana del Distrito Federal, es necesario dividir a los programas y servicios entre aquellos otorgados por las instituciones dependientes del gobierno y las no dependientes del gobierno, distinguiendo entre ambas a las que son instancias federales o locales (Diagrama 1). Separación meramente analítica, pues en realidad existen relaciones de cooperación al interior de cada una como entre ambos conjuntos. Entre las instituciones gubernamentales, hay que destacar aquellas encargadas de la seguridad social¹², pero también a las que actúan a través del Sistema Nacional de Asistencia Social. Estos dos grandes estructuras: Seguridad Social y Asistencia Social, tienen la obligación de proteger a los grupos estratégicos de la economía, en el primer caso, y en el segundo, a los sectores marginados del proceso de desarrollo. Sistemas que intentan cumplir con el compromiso social del Estado mexicano.

¹¹ La experiencia que vive la población del Distrito Federal es nueva en varios sentidos, por mencionar sólo algunos: 1) Hay un intento por incorporar a la sociedad civil en la discusión sobre políticas públicas, así como preocuparla sobre la distribución de los recursos destinados a ella; 2) Hay una procuración política por evidenciar la discrecionalidad de las finanzas de administraciones pasadas; 3) En general se trata de difundir una perspectiva diferente sobre el desarrollo social (con equidad y calidad) en donde la participación social cobra un sentido diferente, entre otras.

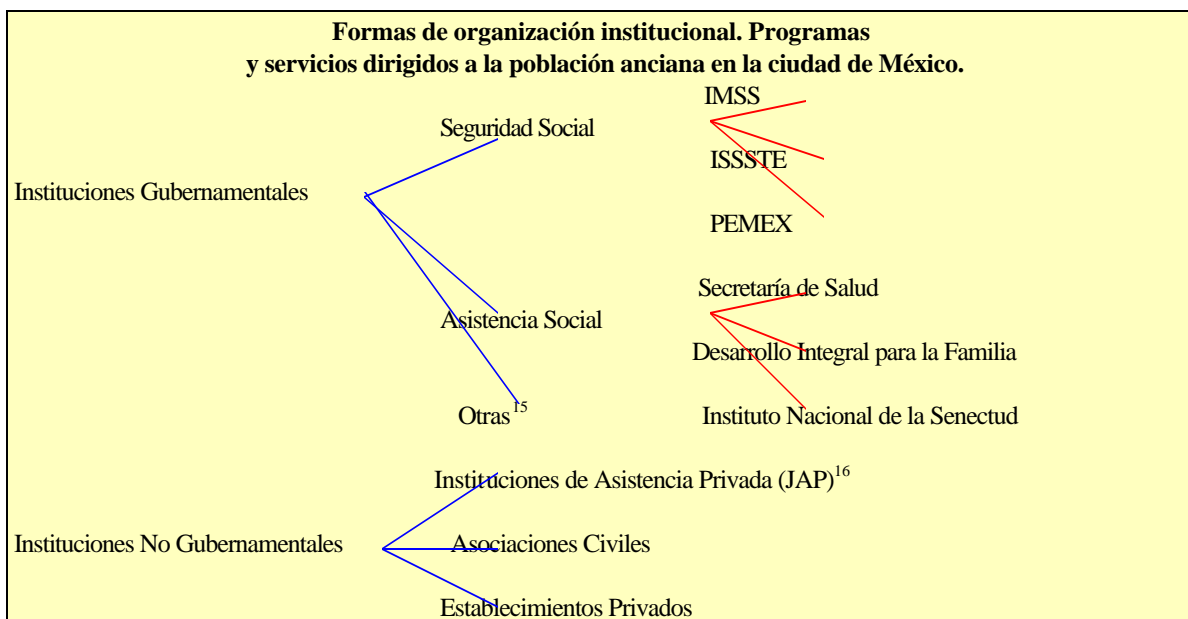
¹² Se entiende por Seguridad Social al conjunto de medidas que deben garantizar el bienestar material y espiritual de todos los individuos de la población, aboliendo todo estado de necesidad social. Según la Ley del Seguro Social, la seguridad social tiene la finalidad de garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo (artículo 2, Ley del Seguro Social).

Por una parte, las instituciones de Seguridad Social (IMSS¹³, ISSSTE¹⁴, PEMEX, entre otros) tienen la obligación de atender a los trabajadores asalariados, y sus dependientes, que adquieren ese derecho a través del pago de cuotas por intermediación de la empresa o del Estado, según sea el caso. Por lo general, éstas instituciones tienen programas para jubilados y pensionados con los cuales atienden aspectos de salud, económicos y culturales. Sus servicios, buscan mantener la funcionalidad y autonomía del adulto mayor, orientar la ocupación creativa y productiva del tiempo libre, así como capacitar en materia laboral y jurídica a la población anciana. Tal vez, estos servicios son los más conocidos y legitimados socialmente. La atención a la salud en materia de prevención y tratamiento de enfermedades se ha destacado socialmente por contar con la “mejor” infraestructura en contraste con otras instituciones. No obstante, en los últimos 10 años, ha disminuido la calidad de la atención hacia los asegurados, lo que para algunos está generando un ambiente propicio para la privatización de la atención a la salud. Falta de medicamentos, trámites largos y cansados para recibir atención, negligencia médica y bajísimas pensiones, son los temas más mencionados entre la población.

¹³ El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado en 1943. Se rige con la Ley del Seguro Social con la cual se ordenó la creación de los seguros sociales de vejez, invalidez y muerte, enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo. El IMSS tiene como obligación, hasta la fecha, amparar a los empleados privados como a los obreros. Prácticamente, la cobertura del IMSS se concentró hasta la década de los sesenta en el Distrito Federal (CEPAL, 1985).

¹⁴ El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado fue creado en 1959. Afilia a los trabajadores para el Estado, es una de los institutos con menor cobertura pero es de los que mejores servicios otorgan a la población.

Diagrama 1



Al parecer, los servicios destinados a la población anciana, por parte de estas instituciones, descansan bajo el supuesto de que estas personas residen y mantienen relaciones cercanas con familiares, además de gozar de un óptimo estado funcional (físico y mental). En todo caso son los familiares de los adultos mayores quienes sirven de mediación entre el individuo y las instituciones. En caso de sufrir un deterioro progresivo y grave como consecuencia de un padecimiento crónico-degenerativo, estas instituciones no cuentan con personal de apoyo en rehabilitación a domicilio. El cuidado personal y costo en terapias se concibe como una responsabilidad familiar e

¹⁵ En esta estructura organizacional, otras instituciones gubernamentales realizan actividades en cooperación con todas las demás. Es el caso de la Procuraduría General de la República, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, las Comisiones de Derechos Humanos, por mencionar algunas.

¹⁶ La Junta de Asistencia Privada desde 1991 pasó a formar parte de la estructura orgánica del Departamento del Distrito Federal, hoy Gobierno del Distrito Federal. Se conceptualiza separado del gobierno porque en términos de sus funciones es un órgano

individual del propio anciano. Ha perdido fuerza la noción médica social que hace unos años analizaba cómo las actividades laborales, demandadas por la etapa del capitalismo, generan un desgaste humano el cual debía ser responsabilidad del Estado (Laurell, 1988). En caso de que el anciano sufra deterioro mental las instituciones (IMSS, ISSSTE, entre otras) canalizan su atención a los hospitales del sector salud, haciendo con ello patente su incapacidad y debilidad para hacer frente a cambios epidemiológicos en el futuro cercano. De hecho, éstas instituciones de seguridad social no cuentan con programas de apoyo a ancianos con necesidad de cuidados prolongados. Gran parte del diseño y gestión de los servicios otorgados por las instituciones de seguridad social suponen una muy alta funcionalidad física y mental por parte de su población objetivo.

Un acontecimiento en materia de política social que ha sido fuente de reflexiones y debate es la reciente reforma a la Ley del Seguro Social (Laurell, 1994 y 1996). En 1995, se aprobó la Nueva Ley¹⁷ con la cuál se modificó el sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de su aprobación aparecen en el escenario social instituciones privadas denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) las cuales casi en su mayoría cobran una comisión por el manejo de la cuenta individual de los

descentralizado que tiene como principal objetivo la supervisión y apoyo a las instituciones de asistencia privada.

¹⁷ Se supondría que con la nueva Ley al IMSS: 1) se ampliarían recursos financieros; 2) Se tendría viabilidad en el tiempo; y 3) Se tendría sustentabilidad financiera. Se supone también que con esta Ley se fortalece la responsabilidad del Estado de brindar seguridad social a través del IMSS, ampliando la participación del gobierno en el financiamiento y reduciendo las aportaciones de los patrones y los trabajadores, se ampliaría la cobertura para brindar servicios médicos, disminuiría el déficit del ramo enfermedad, maternidad, guarderías, además de “garantizar mejores niveles de pensiones para los futuros pensionados”.

trabajadores y en la que se supone deben cotizar durante 1250 semanas de su vida laboral (750 semanas más que con el régimen anterior). Si bien esta reforma no afecta a los actualmente ancianos, y los adultos jóvenes pueden transitar del viejo al nuevo sistema, los y las jóvenes entran irremediabilmente al nuevo sistema. En este momento los sindicatos han perdido poder de negociación y adquieren fuerza entidades privadas (Afores) que acumularán los ahorros para la vejez de la población asalariada, convirtiéndose en los principales hacedores de la situación económica de los futuros viejos (Montes de Oca, 1998).

Muchas discusiones académicas han cuestionado la validez de los supuestos que respaldan la Nueva Ley del IMSS. Por ejemplo, llama la atención el rechazo al espíritu individualizante del nuevo sistema y la pérdida del sentido histórico de la seguridad social como un derecho público y solidario entre generaciones (Laurell, 1996; Ham, 1996). También se cuestionan los mecanismos financieros que podrían garantizar la rentabilidad de los fondos invertidos (Chávez, 1995). Los críticos a la reforma se preguntan si las condiciones de inestabilidad del empleo, pueden garantizar el fortalecimiento del nuevo sistema de pensiones (Montes de Oca, 1995; Welti y Montes de Oca, 1997). Otro de los argumentos que se cuestionan es que las Afores puedan controlar los recursos de los trabajadores durante décadas, dinero al que tendrán acceso una vez cumplido los 65 años, o 60 si está desempleado, mientras tanto la aportación del trabajador, del patrón y del gobierno pasa a manos privadas nacionales o extranjeras¹⁸.

¹⁸ Actualmente el Congreso de la Unión discute sobre la pertinencia o no de convertir a deuda pública el rescate de los bancos privados mexicanos, cuyo monto asciende a 65 mil millones de dólares. El costo de la medida equivale a las pensiones de jubilación de todos los mexicanos en los próximos 25 años (La Jornada, 19/06/98).

En el área metropolitana de la ciudad de México, cerca del 70% de la población con 60 años y más cuenta con atención médica por parte de alguna institución de seguridad social o asistencia social (31.3% son hombres y 37.2% son mujeres). De la población anciana que alguna vez trabajó y que actualmente reside en la ciudad de México sólo el 36.7% cuenta con alguna pensión económica (27.6% son hombres y 9.1% son mujeres) (Cálculos propios a partir de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento, 1994). Por supuesto estos porcentajes son mayores en el Distrito Federal que en el resto de los estados, precisamente por las condiciones políticas y económicas de las décadas pasadas, sin embargo, no son del todo satisfactorias. Según una Encuesta Nacional sobre Seguridad Social (1996) los próximos ancianos del país (es decir, los que ahora tienen entre 45 y 64) sólo en un 42% están cubiertos por alguna institución de seguridad social. Este dato permite prever la inseguridad institucional que tendrán que enfrentar los ancianos de los próximos 20 años, así como el debilitamiento de uno de los soportes más importantes del bienestar de la población en materia de política social.

Por otra parte, las instituciones gubernamentales de Asistencia Social, a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia¹⁹,

¹⁹ En DIF tiene antecedentes en la Secretaría de Asistencia Pública creada por el Estado durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas: luego, en 1961, se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI); en 1968, se instauró el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMIF); y por fin, en 1977, se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia. A pesar de su creación algunos años antes, no fue sino hasta la Ley de Salud de 1984, cuando la asistencia social adquiere relevancia como política de Estado, y fue hasta 1986 cuando la Ley para el Sistema Nacional de Asistencia Social consideró la vulnerabilidad de algunos segmentos de la sociedad (Senado de la República, Memoria de la Consulta Nacional sobre la Asistencia Social, Agosto-octubre, 1996).

atienden a población “vulnerable”, con graves condiciones de pobreza y marginalidad. Estas instituciones pueden dar servicio a toda la población de cualquier edad, y reservan a la población anciana algunos programas y servicios. El DIF-Nacional tiene como objetivos: dar protección al “desamparado”, incorporar al discapacitado al desarrollo de la comunidad, promover el desarrollo familiar y comunitario, tiene programas coordinados de salud y servicios recreativos, así como asistencia jurídica. A pesar de sus ambiciosos objetivos sobresale que en el Distrito Federal, el DIF-Nacional, sólo cuenta con dos asilos para cuidados prolongados (Casa Hogar “Vicente García Torres” y Casa Hogar “Arturo Mundet”) que albergan a 300 ancianos que no tienen familiares ni hogar y cuya situación socioeconómica es muy desventajosa. Situación que probablemente debe cambiar, en un futuro cercano, en la medida que la población anciana sin hijos aumente y cuyas condiciones de solidaridad familiar se debiliten como consecuencia del deterioro económico del país.

Actualmente, el DIF-Nacional se ha descentralizado como consecuencia de la nueva administración del Distrito Federal, dando lugar al DIF-DF que se encarga de ejecutar sus propios programas y atiende las recomendaciones de la Secretaría de Salud, Educación y Desarrollo Social del actual gobierno local. Programas que se orientan a grupos vulnerables de la localidad (sexoservidoras, niños de la calle, ancianos abandonados, entre otros). La Dirección de Equidad y Desarrollo Social tiene a su cargo la administración y supervisión de cuatro Casas de Protección Social con las cuales dan alimentación, aseo y alojamiento a 1200 indigentes, de los cuáles 500 pertenecen a la población de la tercera edad en el Distrito Federal.

En México, éstas instituciones de Asistencia Social (DIF-Nacional, INSEN) tienen bastante presencia social y, aunque los recursos no son abundantes, en la práctica son organismos cuya lógica de impacto social está más medida a través de indicadores cuantitativos y no cualitativos (100 despensas, 80 lentes, 200 zapatos, etc..). Si bien se observa en los últimos años una filosofía política que busca ser menos “asistencialista” y más reconstituyente del tejido social, también es posible encontrar ciertos programas con poco impacto y débil coordinación en el país. Los indicadores de la gestión pública no están concebidos en términos de su eficiencia social sino en términos de su eficacia política, incluso se encuentran obstáculos administrativos frente a la lógica de las cuentas públicas.

Otras instituciones gubernamentales de asistencia social dependen directamente de la Secretaría de Salud, y se rigen con la Ley de Salud de 1984. Estas atienden a toda la población (abierta) que requiere atención especializada. La Secretaría de Salud cuenta con varios Hospitales e Institutos que tienen áreas especiales para población anciana como el Instituto Nacional de Nutrición (INN) que cuenta con una Clínica de Geriatría y una Clínica de Cognición con el cual se evalúan 30 casos semanales de individuos con deterioro cerebral. El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, cuenta con equipo en psicogeriatría que ha tratado de adentrarse a nivel individual, familiar y comunitario en aquellos casos de deterioro mental muy sobresaliente. Existen otros hospitales que pueden atender a toda la población del país, pero que se encuentran centralizados en la ciudad de México como el Hospital General de México, H. Adolfo López Mateos, H. de la Mujer, H. Rubén Leñero, H. Juárez, H. Magdalena de las Salinas y todos los institutos localizados al sur de la ciudad (Cancerología, Cardiología, entre otros). Las

instituciones que a nivel nacional pueden atender a la población mexicana da cuenta de una abundante infraestructura médica especializada que se encuentra ubicada en la ciudad de México en detrimento de las zonas más alejadas del país lo que descubre una desigualdad geográfica derivada de la centralización política que se traduce posteriormente en desigualdad social y de oportunidades para los sectores más desprotegidos.

Otra institución gubernamental a nivel nacional que ha llamado la atención últimamente por su falta de actualización y que se considera promotor del discurso oficial sobre la vejez mexicana es el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado en 1979, el cual se rige conforme a la Ley General de Salud. Este Instituto tiene como objetivo: proteger, ayudar, atender y orientar a la población con 60 años y más en México, así como estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas. Los programas intentan aliviar sus padecimientos y enfermedades, así como sus necesidades económicas más apremiantes, cuando no cuenten ni con medios económicos suficientes ni con los servicios de los sistemas de seguridad social y sanitaria ya establecidos. A casi veinte años de su creación, el esfuerzo del INSEN no ha sido suficiente para aliviar la creciente demanda de una población que también crece. La investigación realizada tampoco ha sido lo suficientemente rigurosa para construir planteamientos de política gerontológica integral y general en el país. Su falta de actualización ha generado indirectamente una perspectiva del anciano como sujeto de pocos derechos ciudadanos, además de contribuir a una visión parcial de “abuelo feliz” que encubre la compleja realidad que pueden padecer la población con 60 años y más. Esta situación ha dado pie a un mercado político entre diferentes partidos políticos que aún no aciertan en ver al anciano mexicano como un sujeto de derechos, con potenciales para el

desarrollo social, pero también con múltiples necesidades de atención institucional.

Una última área de reflexión política se deriva de la actuación de las instituciones no dependientes del gobierno, mismas que han crecido numéricamente en las últimas décadas. Estas pueden ser de naturaleza lucrativa como no lucrativa y cuya acción puede desarrollarse a nivel nacional como local. Las de naturaleza lucrativa responden a la actual demanda del mercado sobre todo en cuestiones médicas y de cuidados prolongados. Las no lucrativas tienen su origen histórico en las fundaciones religiosas y caritativas de siglos anteriores, aunque algunas asociaciones civiles de reciente creación se han dado a la tarea de conjuntar demandas para ciertos grupos sociales.

Entre las instituciones que no dependen del Gobierno se encuentran: 1) las instituciones de asistencia privadas (I.A.P's) afiliadas a la Junta de Asistencia Privada (JAP); 2) las asociaciones civiles, así como 3) aquellos establecimientos administrados por particulares. Una de las más importantes es precisamente la Junta de Asistencia Privada²⁰, que se rige con base en la Ley de Instituciones de Asistencia Privada y afilia a más de 430 instituciones que brindan algún tipo de servicio social, de las cuales 39 atienden a población senecta. Entre la población asistida en las casas hogar 867 de los 2143 ancianos reciben atención gratuita. La JAP a través de la Dirección de Evaluación Asistencial supervisa, evalúa y controla el servicio otorgado por las instituciones. La Junta tienen mecanismos para supervisar el tipo de servicio

²⁰ La JAP es un organismo descentralizado por función del Gobierno del Distrito Federal. Sus fuentes de financiamiento se basa en donaciones de empresas privadas y del Monte de Piedad, entre otros. Sus fuentes financieras le han dado la seguridad de manejar anualmente hasta 3 mil millones de pesos. En 10 años la JAP ha duplicado el número de instituciones afiliadas de 198 en 1989 a 430 en 1998.

que se da en las residencias de día, asilos para comunidades extranjeras, asilos para hombres, mujeres o parejas, entre otras instituciones de asistencia privada. A pesar de la labor social que desarrollan estas instituciones llama la atención el discreto manejo financiero y la lucha de intereses políticos. Además por la trayectoria e impacto social de las instituciones afiliadas a la JAP, es posible observar como la asistencia social deja de ser un espacio de “filantropía” para ser un discreto espacio de negociaciones económicas y políticas de gran poder financiero.

Las asociaciones civiles (Club de Aspirantes a Centenarios Felices, A.C., COMPARTE, A.C., Centro Mexicano para la Filantropía, A.C., entre otros) por su parte, trabajan casi sin apoyo económico y luchan haciendo consciencia social de la problemática de la vejez en el país y concretamente en la ciudad de México. Estas organizaciones civiles buscan presencia política y social, sin embargo, representan a la población senecta más privilegiada en su condición social, una vez que se les compara con el mosaico heterogéneo de situaciones en la vejez.

Sobre las instituciones particulares hay que señalar que algunas investigaciones han aplicado instrumentos de medición (firevicius) para evaluar y analizar los programas de asistencia social de la ciudad de México durante diferentes periodos de tiempo²¹. Los resultados a grandes rasgos mostraron que son las instituciones privadas de cuidado prolongado aquellas que reportaron un puntaje por debajo del promedio esperado. Esto manifiesta la

²¹De un total de 115 instituciones en el área metropolitana se encuestaron 33 de ellas, clasificadas en 3 grupos: instituciones privadas, con fines lucrativos, instituciones de la junta de asistencia privada e instituciones gubernamentales. La evaluación se realizó mediante el instrumento estructurado propuesto por la Organización Panamericana de

necesidad de una instancia superior que revise la calidad de las instituciones que atienden a población dependiente física o mentalmente. Lo que demuestra que los servicios privados por la fuerza del mercado no necesariamente tienen el mejor servicio otorgado (Gutiérrez, 1996).

Las instituciones no gubernamentales y no lucrativas, parecen haber heredado el trabajo de algunas fundaciones religiosas y caritativas que han intentado dar un servicio social a través del respaldo de instituciones como la Iglesia, Patronatos, entre otros. Sin embargo, algunas de ellas se evidencian como administradoras de capital privado cuyo camino legalmente se desvía de la trayectoria impositiva. Es muy evidente que este tipo de instituciones fundamentalmente otorgan el servicio de cuidados prolongados, capacitación, terapias, residencias de día, mientras que todo el mantenimiento y mejoramiento de los servicios de salud están en manos del Estado.

Entre las organizaciones gubernamentales se encuentran aquellas que pueden tener incidencia a nivel nacional y local en el área metropolitana de la ciudad de México, algunas son: Instituto Nacional de la Senectud, Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Procuraduría General de la República, Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Conaculta, Secretaría de Educación Pública, INEA, entre otros. Al analizar sus programas y líneas de acción, lo que se observa en general es que existe normatividad de acción entre las instituciones encargadas de la seguridad social, pero se carece de ésta en aquellos institutos dedicados a la asistencia social. En estos últimos el trabajo puede depender del presupuesto y la voluntad política de coyuntura.

la Salud denominado Firevicius que sirve para la evaluación de la infraestructura, el personal y los programas de acción.

Cabe señalar que, sin embargo, existe un serio compromiso político y administrativo por parte de funcionarios medios que les ha permitido actuar como gestores en caso de escasez de recursos. El trabajo social muchas veces se ve obstaculizado generando un fenómeno de falta de motivación que es contraproducente para la población anciana.

Una primera revisión del material sobre programas de asistencia a esta población nos da idea del amplio número de servicios con que cuenta esta población²². Al observar el comportamiento institucional en relación a la demanda social se evidencia una escasa correspondencia entre las necesidades de la población y los objetivos concretos de los servicios otorgados. Estos si bien están divididos en dimensiones específicas de la problemática (salud, seguridad pública, derechos humanos, protección jurídica, aspectos económicos y laborales, entretenimiento, actividades socioculturales, seguridad social, familia, entre otros), presentan una débil interrelación que en ocasiones propicia la duplicidad de algunos, el exceso de otros (sobre todo aquéllos dirigidos a población funcional mental y físicamente) o su carencia. Situación que en el momento y en el corto plazo resulta sustancial para la planeación urbana del desarrollo social.

Asimismo se encontró que otros servicios son poco utilizados por la falta de información o en el peor de los casos por carecer de operacionalización más expedita, por la carencia de recursos o administración

²² Cabe señalar la importancia de coordinar investigaciones sobre estos aspectos a nivel nacional y comparativamente entre regiones o estados del país. Siendo la ciudad de México el área urbana de mayor concentración de servicios de salud, educación, entre otros, es necesario reflexionar sobre los problemas de la tercera edad en zonas no urbanizadas y menos urbanizadas para indagar la demanda social de dichos servicios sociales. Ello con el objetivo de crear y reorganizar un mayor número de

poco clara. También se evidenció que es la población abierta la que queda marginada de los servicios de atención básica resultado de la falta de información, exceso de burocratismo y poca coordinación entre instituciones.

También en el análisis de los programas para población anciana se percibe la ausencia de un referente social que guíe la planeación de política social. Éste referente es la síntesis del análisis sobre la tercera edad en la ciudad, y debe orientar programas que atiendan a subgrupos especialmente débiles, que en particular lo son por los limitados servicios dirigidos a ellos. Dichos grupos experimentan graves niveles de pobreza, explotación laboral, fragilidad física o mental, desprotección de la seguridad social, pero además sus arreglos familiares no necesariamente son los tradicionales. Es el impacto de sus características en contextos desfavorables y la ausencia de programas enfocados a ellos lo que estructuran la vulnerabilidad de su condición.

Entre las diferentes situaciones en las que se encuentra la población anciana, se pueden detectar cuatro grandes grupos de población que deben seguir siendo analizados: a) aquella que se considera institucionalizada que reside en asilos, hospitales, albergues o cárceles; b) aquella que reside en hogares familiares de tipo nuclear o ampliado y que por ende convive con otras personas a través de lazos de parentesco; c) aquella que reside sola en hogares unipersonales; d) aquellos que no tienen hogar (indigentes). Todos los subgrupos a su vez pueden dividirse entre los que cuentan con apoyo por parte de la seguridad social, sea a través de pensiones o sólo atención médica, y los que se consideran población abierta. El estudio sobre los cuatro grupos mencionados deben incorporarse a las discusiones de la sociología feminista y

organizaciones sociales sobre todo en aquellas áreas donde el proceso de envejecimiento también llama la atención.

de la sociología de la vejez. Esos grupos deberían inspirar programas básicos de atención a la población en la tercera edad en la ciudad de México, tanto en materia de salud, nutrición, maltrato y violencia, derechos humanos y protección jurídica, actividad económica como en aspectos de entretenimiento, recreación y convivencia intergeneracional e intrageneracional. Cabe destacar que no es suficiente garantizar entretenimiento si no se cultiva una estructura educativa, cultural y de atención integral para el adulto mayor.

El estado actual de la población con 60 años y más debe concentrar esfuerzos, reflexión política madura y accesibilidad institucional, sobre todo a nivel de los mandos medios quienes al final ejecutan los programas y organizan las soluciones a través de un trato directo con la población envejecida. Ese compromiso debe de valorarse socialmente, debe instituirse un mayor control sobre los recursos destinados hacia esta población, debe supervisarse el trabajo interno en las instituciones, debe de trasmitirse un culto a la vejez como de hecho se ha intentado en sociedades altamente desarrolladas y con amplios porcentajes de población adulta y envejecida.

5. Reflexiones finales

El envejecimiento del país, y el del Distrito Federal, parece irreversible. Todo parece indicar que la administración de la ciudad de México enfrenta grandes retos políticos: por un lado, satisfacer e invertir en las generaciones jóvenes que en el futuro cercano serán la fuerza de trabajo que sostendrá el crecimiento económico de la ciudad; aunque por el otro, necesita también desarrollar empleos para la población adulta y fortalecer e implementar una política social que integre imaginativamente a los diferentes grupos etarios bajo una visión global de desarrollo colectivo. Esto significa, revalorizar a un segmento

olvidado, marginado o excluido de los beneficios del crecimiento, lo que podría traducirse en términos políticos en la creación de consciencia sobre una situación que pone en peligro no sólo a los actualmente ancianos, sino al conjunto de la población que en el futuro llegará a la vejez.

Invertir en la vejez, a pesar de la visión de algunos organismos internacionales, significa en nuestros países invertir en los hogares, aligerar las actividades de reproducción cotidiana de la esfera doméstica, facilitar la inversión educativa sobre las generaciones jóvenes, permitir insertar a la mujer el desarrollo comunitario, entre otras. No es que la familia deje de involucrarse en mejorar la situación de los ancianos, sino hacerlo de una manera más segura. La tensión familiar y la escasez de recursos provoca maltrato hacia el anciano, los niños y las mujeres, de ahí la importancia del apoyo exterior y un espíritu de responsabilidad compartida.

Las políticas sociales orientadas hacia la población envejecida tiene directos efectos favorables hacia el resto de la población, disminuye la tensión colectiva hacia una situación de reciente experiencia a nivel nacional, pero también refuerza el papel institucional de las entidades públicas desde el Estado. Además, el pequeño porcentaje de población que disfruta de los beneficios de la seguridad social, advierte la existencia de un cada vez mayor segmento de población sin seguridad social que debe canalizar sus demandas a los servicios de asistencia social. Es por ello que este tipo de programas y servicios públicos junto con aquellos otorgados por instituciones no-gubernamentales deben supervisarse, estimularse y reorientarse en aras de una mejor y más óptima capacidad de atención.

Bibliografía

- Alba, Francisco, La población de México: evolución y dilemas, México, El Colegio de México, 1977, 187 pp.
- Arber, Sara y Jay Ginn, Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea, S.A. de Ediciones, 1996.
- Arizpe, Lourdes, Migración por relevos y la reproducción social del campesinado, Cuadernos del CES, num. 28, 1990.
- Boltvinik, Julio, "El bienestar y la calidad de vida, comentarios", en CONAPO, La zona metropolitana de la ciudad de México. Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas, Consejo Nacional de Población, 1992, 203-208.
- Camposortega Cruz, Sergio, "Demografía del envejecimiento de la población mexicana, 1950-2050", en Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, México, Somede, 1993, mimeo.
- Camposortega Cruz, Sergio, Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980, México, El Colegio de México, 1992, 440 pp.
- Consejo Nacional de Población, Taller de presentación de la metodología y los resultados de las proyecciones de población 1996-2050, mimeo, 1998.
- Cortés, Fernando, Enrique Hernández Laos, y Rosa María Rubalcava, "Distribución de los ingresos salariales en el sector formal de la economía mexicana", en México en el umbral del milenio, México, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 1990, págs. 273-306.
- Chávez, Marcos, "Crisis económica y Seguridad Social", ponencia presentada en el Seminario "Análisis y reflexión sobre las reformas a la seguridad social", Colegio Nacional, México, 1996.
- DDF, Estudio censal sobre la dimensión, naturaleza y situación de la indigencia adulta en el Distrito Federal, Resumen Ejecutivo, 1996, 67 pp.
- De Barbieri, Teresita, Mujeres y vida cotidiana: estudio exploratorio en sectores medios y obreros de la ciudad de México, México, UNAM, 1985.
- Feria, Francisco E., "Ancianidad y salud mental" y "Maltrato al anciano", en Verónica Montes de Oca (Coord.) Alianza en favor de la Tercera Edad en el Distrito Federal, DDF, 1996, 34-35 pp.
- García Alba, Pascual y Jaime Serra Puche, Causas y efectos de la crisis económica en México, Colección Jornadas, El Colegio de México, 1984, 124 pp..
- García, Brígida, Humberto Muñoz y Orlandina de Oliveira, "Migraciones internas y grupos populares urbanos, Ciudad de México (1950-1979)", en Urquidí, Víctor y José B. Morelos (Comp.), Población y Desarrollo en América Latina, El Colegio de México, 1979, 393-412.
- Ham, Roberto, "De la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones", DEMOS, Carta Demográfica sobre México, 1996, 36-37.
- INEGI y CONAPO, Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas: 1980-2010. INEGI, México, D.F., 1990.

- Laurell, Ana Cristina, "Proceso de salud en el análisis demográfico", La mortalidad en México, niveles, tendencias y determinantes, El Colegio de México, 1988, 401- 418.
- Laurell, Asa Cristina, "La nueva Ley del Seguro Social y los servicios de salud", ponencia presentada en el Seminario "Análisis y reflexión sobre las reformas a la seguridad social", Colegio Nacional, México, 1996.
- Laurell, Asa Cristina, "Pronasol o la pobreza de los programas contra la pobreza", Nueva Sociedad, Caracas, Venezuela, No. 131, mayo-junio, 1994, 156-170.
- Lustig, Nora Claudia, Economic crisis and living standards in México: 1982-1985. México, El Colegio de México, 1986. 72 p.
- Lustig, Nora, México. Hacia la reconstrucción de una economía, México, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica/Economía Latinoamericana, 1994.
- Martínez, Gabriel, "Ahorro y seguridad social", ponencia presentada en el Seminario "Análisis y reflexión sobre las reformas a la seguridad social", Colegio Nacional, México, 1996.
- Montes de Oca Zavala, Verónica, "La situación social del anciano en México frente a las reformas a la seguridad social", documento presentado en el seminario "Análisis y reflexión sobre las reformas a la seguridad social", organizado por el Colegio Nacional, Colegio de México, SOMEDE, IIS-UNAM, Colegio de Actuarios, mimeo, 1996.
- Montes de Oca Zavala, Verónica, "Política social y sociodemografía de la vejez", El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, No. 88, marzo-abril, 1998, 49-56.
- Montes de Oca, Verónica, "Envejecimiento y modernidad: impactos demográficos", en Nueva Sociedad, Num. 129, enero-febrero, Caracas, Venezuela, 1994, 132-141.
- Montes de Oca, Verónica, "Envejecimiento en México. Condición social y participación económica de la población con 65 años y más en la ciudad de México, 1992", tesis presentada para optar por el grado de Maestra en Demografía, por El Colegio de México, 1995, 115 pp.
- Montes de Oca, Verónica, "Estimaciones indirectas de la mortalidad para el Distrito Federal", mimeografiado, 1995.
- Montes de Oca, Verónica (Coord.) Alianza en favor de la Tercera Edad en el Distrito Federal, DDF, 1996, 132 pp.
- Oliveira, Orlandina de, y Brígida García, "Cambios socioeconómicos y dinámica de los mercados de trabajo en México: 1950-1992", El Colegio de México, mimeo, 1993.
- Oliveira, Orlandina y Brígida García, "Expansión del trabajo femenino y transformación social en México: 1950-1987", en México en el umbral del milenio, México, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 1990.
- Pedrero, Mercedes, "Condiciones de trabajo en la vejez", en Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, Somede, 1993, mimeo.
- Ruíz-Arregui, Liliana, "La alimentación y su repercusión en la salud", en Verónica

- Montes de Oca (Coord.) Alianza en favor de la Tercera Edad en el Distrito Federal, DDF, 1996, 35-39 pp.
- Tuirán, Rodolfo, “ Los hogares frente a la crisis: Ciudad de México, 1985-1988”, en CONAPO, La zona metropolitana de la ciudad de México. Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas, CONAPO, 1992, 179-201.
- Walti, Carlos y Verónica Montes de Oca, “El envejecimiento: los servicios de salud y la seguridad social”, Población y Cambio Social. Revista Latinoamericana de Población, Vol. 1 No. 1, 1997.