

# ¿Quo vadis adultos mayores? Desafíos para nuevas políticas públicas en el Distrito Federal de México

Dr. Lukasz Czarnecki<sup>1</sup>

## Resumen:

La pregunta central de la investigación es: ¿cómo rediseñar las políticas públicas para los adultos mayores en el Distrito Federal para responder a las principales necesidades? El objetivo principal es identificar los desafíos para las políticas públicas y formular propuestas partiendo de la mirada de los mismos actores a fin de realizar un aporte en la mejora de la calidad de vida. Para cumplir con ello, se llevó a cabo un trabajo cualitativo entre los beneficiarios de la pensión alimentaria de adultos mayores a partir de los 68 años. Se levantaron 186 encuestas y entrevistas con los adultos en todas las delegaciones del Distrito Federal, durante el periodo mayo-noviembre de 2013. Con esto se pretende hacer una evaluación de las necesidades actuales de los adultos mayores.

**Palabras claves:** políticas públicas, adultos mayores, Distrito Federal, México

*“La verdad es que la ciencia comienza con las aplicaciones”*

Malinowski (1965: 5)

*“Nosotros en este país hemos hecho el mejor esfuerzo en los últimos años para llenar a los adultos mayores con un profundo sentimiento de la culpa”*

Townsend (1955 [2010: 428])

## 1. Introducción

La incidencia de la pobreza en la vejez sigue siendo alta en la mayoría de los países de la región latinoamericana (Barrientos, 2006). La pregunta es, ¿cómo

---

1 Doctor en Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es becario posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, 04510 México, D. F., Tel. (+5255) 56230100 ext. 42465 y (044) 55 31 90 42 84. Correo electrónico: [lukasz@comunidad.unam.mx](mailto:lukasz@comunidad.unam.mx)

rediseñar las políticas públicas para los adultos mayores en el Distrito Federal para responder a las principales necesidades?

Entre los objetivos de la investigación están: 1) identificar los desafíos para las políticas públicas, y 2) formular propuestas partiendo de la mirada de los mismos actores a fin de realizar un aporte a la mejora de calidad de vida.

Respecto a la metodología cualitativa, se harán referencias a los trabajos de Bronislaw Malinowski y Peter Townsend. El cambio cultural tiene que ver con los métodos empíricos del trabajo de campo (Malinowski, 1965: 13). Dicho esto, se llevaron a cabo encuestas, entrevistas y observación participante, entre otros, con los adultos mayores a partir de 68 años. Con esto se pretende reformular los principios de las políticas públicas.

Para cumplir con los objetivos de la investigación, el artículo se divide en siete partes: 1) Introducción, 2) Consideraciones metodológicas, 3) ¿Qué es la política pública?, 4) Factores esenciales del contexto económico, social y cultural, 5) Programa de Pensión Alimentaria en el Distrito Federal, 6) Resultados de la investigación, y 7) Propuestas para la nueva política pública de los adultos mayores en el Distrito Federal.

## 2. Consideraciones metodológicas

En este trabajo se implementaron las técnicas de la metodología cualitativa: 1) entrevistas semiestructurales, 2) entrevistas *ad hoc*<sup>2</sup>, 3) entrevistas longitudinales, 4) encuestas como herramienta transversal, comparativa y descriptiva, y 5) observación participante.

Según Malinowski (1986: 36), “hay toda una serie de fenómenos de gran importancia que no pueden recogerse mediante interrogatorios ni con el análisis de documentos, sino que tienen que ser observados en su plena realidad. Llamémosles *los imponderables de la vida real*. Aquí se engloban cosas como la rutina del trabajo diario de los individuos, los detalles del cuidado corporal, la forma de tomar los alimentos y de prepararlos, (...)”. Se trata de estudiar “seres humanos vivientes y no reliquias fosilizadas del pasado prehistórico” y transformar la etnografía “en un estudio sociológico de sistemas de acción” (Leach, 1981: 291). Para Malinowski, “los fenómenos sociales existen para satisfacer las necesidades del organismo biológico” (Leach, 1981: 296).

La cultura contiene tres elementos para Malinowski: “organización social, equipo material y creencias” (Kaberry, 1981: 99). Su concepto de institución “fue la consecuencia lógica de su concepto de cultura”; y la institución no fue “un *constructo*, un modelo, pero un modelo estrechamente ligado a la realidad empírica, es decir, a las situaciones sociales en las que parejas o grupos de individuos entre los que se dan relaciones definidas llevan a cabo ciertas actividades para la consecución de fines precisos” (Kaberry, 1981: 99).

---

2 Por ejemplo con los beneficiarios de programas en las tiendas departamentales.

Además, de las metodología cualitativa se utilizaran distintas fuentes cuantitativas, tales como datos duros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otros.

### 3. ¿Qué es la política pública?

El análisis de la política pública debe estar orientado al “servicio de la democracia en lugar de la tecnocracia, por lo tanto, debe convertirse en la política mundana y prudente, realista y utópica” (Reddy, 2012: 3). Debe tocar los aspectos que abren los caminos para entender los problemas globales, las relaciones del conjunto de las instituciones sociales; debe basarse en la sabiduría, su fuente es la ética (Kant), debe implicar la observación participante y lo que el “ser humano dice”, es decir, basarse en las aproximaciones directas y acercamientos concretos con la gente realmente existente; debe caracterizarse por el razonamiento práctico, para ser aplicada entre la gente y para la gente; debe ser utópica, en el sentido de que abre el camino de un sueño para el mejoramiento de la vida de los demás. La política pública debe enfrentar las necesidades reales de la gente. Dicho esto, para Malinowski (1978: 109), existe la correlación directa entre el concepto de necesidad y su concomitante cultural; por un lado se menciona las siete necesidades básicas: 1) metabolismo, 2) reproducción, 3) bienestar corporal, 4) seguridad, 5) movimiento, 6) crecimiento, 7) salud; y por el otro, las siete concomitantes culturales: 1) abasto, 2) parentesco, 3) abrigo, 4) protección, 5) actividades, 6) ejercitación, 7) higiene.

Para poder establecer la definición de la política pública eficiente, habría que saber qué es la pobreza. La pobreza es una condición contextual de la vida social, cultural y/o económica. La pobreza es una condición compleja; es una situación de privación no solamente material, sino que también una privación psicoemocional. En el caso del Distrito Federal, se presenta en cada una de las delegaciones. Por ende, existe la enorme dificultad de establecer umbrales: uno puede estar en condiciones de pobreza respecto a otros. Sin embargo, existe una parte de la sociedad con desventajas omnipresentes, desventajas extremas que son particulares para ciertos grupos poblacionales, tal es el caso de los adultos mayores sin pensión, con enfermedades que no les permiten desempeñarse en la sociedad, tales como la ceguera, la sordera, la incapacidad de comer por falta de dentadura, las prótesis, el vivir solos y abandonados, o el no tener una vivienda propia. Y en estas condiciones de vulnerabilidad extrema se encuentran particularmente las mujeres. Entonces, la política pública es aquella que está orientada al servicio real de la gente y no al de la tecnocracia, en contra de la aplicación mecánica de las actitudes focalizadas o universalizadas, orientada para satisfacer lo que uno realmente necesita.

Esta es la lógica en la cual deberían funcionar los distintos programas y políticas sociales contra la pobreza y las desigualdades. En fin, habría que reconocer un cambio de paradigma de las políticas públicas hacia una visión de las acciones concretas, reales y puntuales, de acuerdo con lo que uno realmente necesita.

#### 4. Factores esenciales del contexto económico, social y cultural

Las acciones concretas, puntuales y reales deben reconocer cuatro factores esenciales del contexto social, económico y cultural: 1) la transformación intergeneracional, 2) el crecimiento económico insatisfecho, 3) desigualdades abismales, y 4) valores del mundo capitalista-joven.

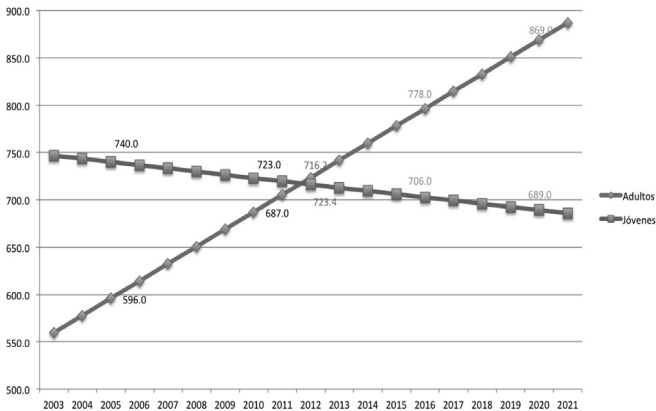
La transformación demográfica en México muestra el envejecimiento de la sociedad en base a las estadísticas oficiales de INEGI y CONAPO.<sup>3</sup> En el caso del Distrito Federal, la tabla 1 y la gráfica 1 muestran el crecimiento de los adultos y la disminución de la población adolescente de 15 a 19 años, entre 2005 y 2010 con la proyección hasta el 2021.

**Tabla 1: Adultos mayores en el DF, 2005 y 2010.**

Año	Total	Año	Total
Total 65 años y más. 2005	596, 210	Total 15-19 años. 2005	740, 280
Total 65 años y más. 2010	687, 855	Total 15-19 años. 2005	723, 372

**Fuente:** Elaboración propia en base de INEGI (2012) para el DF con la ayuda del INEGI, oficina Escandon.

**Gráfica 1. Transformación intergeneracional en el Distrito Federal.**



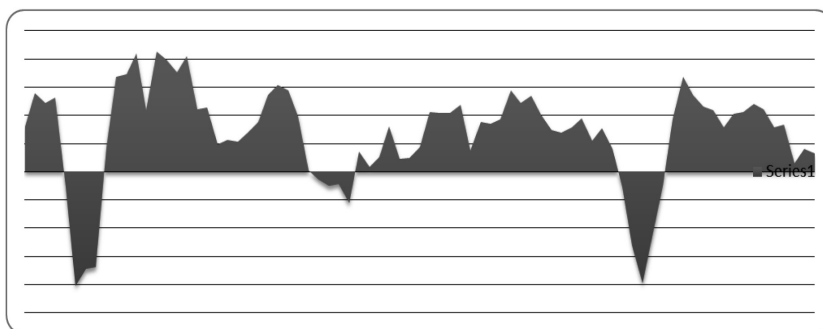
**Fuente:** elaboración propia en base de INEGI 2012.

3 En el 2014 la esperanza de vida al nacer es de 74.73 años. Se espera que un niño que nazca en el 2014 viva hasta los 74.73 años de edad. Para el 2030 la esperanza de vida será de casi 77 años (INEGI, 2014). El grupo de adultos mayores (65 años y más) aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 23.1 millones en 2050 (CONAPO, 2013).

Por otra parte, en 1990 el índice de envejecimiento, es decir, cuántos adultos mayores (60 y más años) hay por cada 100 niños (0 a 14 años) era del 16%, en el 2010 pasó hasta 31% (INEGI, 2014).

La transformación intergeneracional se da cuando la economía crece poco y el crecimiento no es sostenido, lo que muestra la gráfica 2 y las tablas 2, 3 y 4, al respecto del PIB durante la administración de Ernesto Zedillo, Vicente Fox y Enrique Peña Nieto.

**Gráfica 2. Producto interno bruto trimestral, 1994 2013.**



**Fuentes:** Elaboración propia en base de INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. INEGI. Series calculadas por métodos econométricos a partir de las series originales del Producto Interno Bruto trimestral. 1994-2013.

**Tabla 2: El PIB trimestral durante la administración de Vicente Fox.**

Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
2000/04	3.91	2003/04	1.75
2001/01	0.08	2004/01	4.20
2001/02	-0.56	2004/02	4.13
2001/03	-1.04	2004/03	4.12
2001/04	-0.89	2004/04	4.72
2002/01	-2.25	2005/01	1.48
2002/02	1.43	2005/02	3.52
2002/03	0.32	2005/03	3.40
2002/04	1.01	2005/04	3.70
2003/01	3.18	2006/01	5.78
2003/02	0.87	2006/02	4.88
2003/03	0.93	2006/03	5.40
Promedio	2.21		

**Tabla 3: El PIB trimestral durante la administración de Felipe Calderón.**

Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
2006/04	4.01	2009/04	-1.04
2007/01	2.92	2010/01	3.70
2007/02	2.75	2010/02	6.74
2007/03	3.16	2010/03	5.44
2007/04	3.75	2010/04	4.58
2008/01	2.15	2011/01	4.38
2008/02	3.08	2011/02	3.16
2008/03	1.59	2011/03	4.09
2008/04	-1.12	2011/04	4.23
2009/01	-5.23	2012/01	4.82
2009/02	-7.94	2012/02	4.43
2009/03	-4.57	2012/03	3.11
Promedio	3.13		

**Tabla 4: El PIB trimestral durante la administración de Enrique Peña Nieto.**

Año	Porcentaje
2012/04	3.34
2013/01	0.59
2013/02	1.59
2013/03	1.27
Promedio	1.7

**Fuentes:** Elaboración propia en base de INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. INEGI. Series calculadas por métodos econométricos a partir de las series originales del Producto Interno Bruto trimestral. 1994-2013.

Durante el periodo de Ernesto Zedillo, el promedio del porcentaje de crecimiento económico fue 3.37; durante el sexenio de Vicente Fox, 2.21; en el de Felipe Calderón, 3.13; y tomando en cuenta cuatro trimestres del gobierno de Peña Nieto, 1.7.

Desigualdades abismales, estudiadas por las organizaciones internacionales (CEPAL, OECD, entre otras) y nacionales, se confirman en el estudio cualitativo sobre el acceso a la pensión de la seguridad social; por un lado 65 por ciento de los adultos no tienen pensión entre el grupo de la muestra aleatoria, por el otro, se encontró una persona que tiene una pensión equivalente a 150,000 pesos mensuales.

El cuarto factor que impacta el contexto del diseño de las políticas públicas son los valores del mundo capitalista, llamado aquí “productivo-joven”. El concepto “productivo-joven” domina en una sociedad contemporánea basada en el trabajo-consumo; entre los valores se destaca la importancia de la juventud, flexibilidad, adaptación a los cambios, belleza, éxito laboral, éxito económico, entre otras.

Se discrimina a los adultos por no responder a los patrones de belleza, agilidad y juventud. Se destaca el aspecto de la improductividad de los adultos mayores; se considera que con cierta edad, las personas dejan de ser sujetos que aporten significativamente a la sociedad; por ende, “lo productivo” es algo que sucede exclusivamente en el mercado de trabajo.

Se considera a los adultos mayores como una carga social, bajo el supuesto que estos son personas inherentemente inactivos-dependientes en comparación a una población joven inherentemente activo-productiva; por ende, son considerados como un gasto social. Los adultos enfrentan desventajas multidimensionales estrechamente relacionadas con los procesos y los mecanismos institucionales que las excluyen de una plena participación en la vida económica, social, cultural y política de sus comunidades.

En conclusión, la pobreza se explica por el hecho de que durante más de dos décadas, y sobre todo en los últimos dos periodos presidenciales, la economía creció muy poco en el momento que se dio una transformación demográfica, las desigualdades no fueron reducidas y los valores productivo-joven reforzados.

## 5. Programa de Pensión Alimentaria en el Distrito Federal

La política social que se está implementando desde hace más de una década en el Distrito Federal se basa en los principios de la universalización, enfoque de los derechos y gratuidad. Los derechos son la base de la atención; no hay beneficiarios, sino que derechohabientes. Dicho esto, el Programa de la Pensión Alimentaria es un programa emblemático del gobierno y cumple con dichos principios de la política social incluyente. El programa se creó en 2001; estribó en la transferencia monetaria para los adultos mayores de 70 años y más; y, a partir de 2008, para los adultos de 68 años y más. Este programa se basa en la ley: los adultos tienen el derecho a la pensión alimentaria; y, siendo un programa universal gratuito, es para todos los adultos que cubran dos requisitos: 1) cumplir 68 años y 2) estar viviendo en el DF desde por lo menos 3 años. Entre 2002 y 2011 el número de beneficiarios del Programa de Adultos Mayores casi se duplicó, de 250,000 en 2001 hasta 480,000 en 2011 (IAAM, 2011). Para el año 2012 y 2013 se estableció el mismo umbral de atención, es decir, 480,000 beneficiarios. Sin embargo, en el Distrito Federal hay más de 600,000 adultos mayores de 68 años y más, por lo que 120,000 adultos no reciben la ayuda (INEGI, 2012) y hace que el programa parezca ir en contra del principio de la universalidad. Desde febrero de 2013, los adultos recibían mensualmente 971.40 pesos, y a partir de enero de 2014, se incrementó hasta 1,009 pesos. En la tabla 5 se hace un resumen del Programa de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores.

El programa ocupa un porcentaje del gasto social muy importante del gobierno del DF. En materia presupuestal del Distrito Federal, para el 2009, preva-

lecieron tres programas sociales del total los setenta existentes, los cuales concentran el 70% del presupuesto (12 mil 368 millones pesos); estos son: el Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos (39.7%), la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores (24.09%) y del programa “PrepaSí” (6.78%). Según una evaluación reciente, la cobertura de la política social es más focalizada que universal; sólo nueve programas (12% del total) operan proporcionando cobertura universal y el 66% de los programas opera con cobertura focalizada hacia personas u hogares (Murayama y Rabell, 2011: 14). Además, predominan los subsidios.

**Tabla 5: El Programa de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores DF**

	Programa de la Pensión Alimentaria
Marco jurídico	Ley
Fecha	2001-2007: 70 años y más, desde 2008: 68 años y más
Estatus	Universal
¿Cuántas personas elegibles efectivamente participan?	480,000; límite para otorgar la pensión alimentaria en 2013
¿Qué es el número total de personas que cumplen las condiciones?	600,000 (según CONAPO), total de adultos mayores de 68 años
Mecanismos institucionales de inclusión	1) Cumplir 68 años, 2) Estar viviendo en el DF por lo menos de 3 años.
¿Cuál es el monto mensual?	971.40 pesos mexicanos (a partir de febrero de 2013), no se puede disponer el efectivo; dinero electrónico
¿Qué número de las personas de bajos ingresos participa?	No hay datos

**Fuente:** elaboración propia

## 6. Resultados de la investigación

Para evaluar el programa, entre Mayo y Noviembre de 2013, se levantaron 186 encuestas en los Centros de Salud de todas las delegaciones del Distrito Federal. La mayoría de los participantes fueron mujeres: 150 de 186; el resto 38 hombres.

Según los participantes los recursos del Programa de la Pensión Alimentaria son de procedencia: Federal (25), Distrito Federal (155), Privada (0), Otro (0), Desconocido (6).

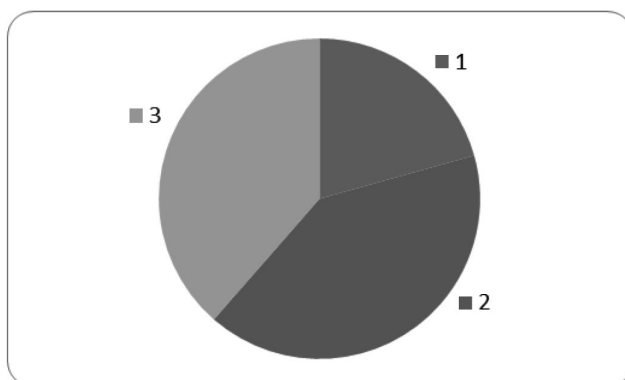
Como resultado de las encuestas se registraron los siguientes datos:

1. En la pregunta: ¿cuáles considera usted que son las necesidades más importantes que debería cubrir el Programa Adultos Mayores?, la mayoría de los adultos mayores señaló que es la compra de las medicinas; luego, en segundo lugar, la compra de alimentos.



2. En la pregunta: ¿en qué aspectos ha observado usted mejoría gracias a la transferencia monetaria del Programa Adultos Mayores?, dominaron principalmente dos: compra de alimentos y compra de medicamentos; cabe señalar también que la sexta parte de las respuestas señaló el aspecto de la mejora en las relaciones familiares y con amigos; y el mínimo impacto fue en el deporte y actividades artísticas.
3. En la pregunta: ¿Qué opina Usted sobre esta frase: “Los apoyos en forma de transferencias directas de dinero para los adultos mayores son mejores que recibir servicios”? Dentro de las respuestas, mayoritariamente prevaleció la afirmativa: “de acuerdo”; luego “ni en favor ni en contra”; “en desacuerdo” se encontraba alrededor del 10 por ciento de los adultos; y no se registró la respuesta “muy en desacuerdo”.
4. En relación a la distribución de gasto con su tarjeta, los adultos mayores utilizan el apoyo monetario de la siguiente forma: 38 comparte con los familiares, 75 lo utilizan sólo para su beneficio, y 71 lo comparten con familiares y utilizan para sí mismos lo que muestra la gráfica 3.

**Gráfica 3: La distribución del gasto con la tarjeta por los adultos y sus familiares**



**Fuente:** elaboración propia; 1-comparte con sus familiares (38), 2-lo utiliza para su beneficio (75); 3-comparte con familiares y utiliza para su beneficio (71).

5. Cuando se pidió que se señalaran las actividades culturales en las que se participa: deportes, cine, conciertos, cursos de actividades artísticas (música, pintura, tejido, etcétera) o ninguno. La respuesta mayoritaria fue la última: ninguno.
6. En la pregunta: “Señale las actividades culturales en las que a usted le gustaría participar: deportes, cine (¿qué películas?), conciertos, cursos de actividades artísticas (música, pintura, tejido, etcétera), otros”, los adultos señalaron las siguientes respuestas:

Delegación	Actividades culturales en las que Adulto Mayor le gustaría participar
Álvaro Obregón	Deporte, música, tejido, pintura, cine películas mexicanas
Azcapotzalco	Cine, caminar, bicicleta
Benito Juárez	Cine, conciertos, lectura
Coyoacán	Gimnasia, tejido, baile, pintura
Cuajimalpa de Morelos	Deporte, cine (películas mexicanas)
Cuauhtémoc	Deporte (fútbol), cine (Azul de Córdoba, Elsa Aguirre, Arturo de Córdoba)
Gustavo A. Madero	Deporte, baile, tejido, danzón, lectura
Iztacalco	Conciertos, cine, pintura
Iztapalapa	Deporte, música, tejido, pintura, conciertos
Magdalena Contreras	Baile, pastelería
Miguel Hidalgo	Baile, deporte, cine
Milpa Alta	Tejido
Tláhuac	Tejido, manualidades, baile
Tlalpan	Lectura, pintura, tejido, deportes, conciertos
Venustiano Carranza	Leer, coser, deporte, juntar adultos
Xochimilco	Deporte, cine, conciertos, tejido (de corte vestidos), pintura

7. En la pregunta: ¿Gracias al Programa Adultos Mayores se reducen las desigualdades entre los adultos mayores?, los adultos contestaron “sí” 107/186.
8. La pregunta: ¿Gracias al Programa Adultos Mayores se reduce la pobreza entre los adultos mayores?, los adultos estuvieron convencidos de que “sí” 120/186.
9. Con respecto a “¿Cuánto es el monto de la pensión de su jubilación? ¿Esto le permite vivir digno?”: de 186 adultos mayores, 101 no tiene la pensión para su jubilación. Cabe resaltar que la delegación Cuajimalpa de Morelos y Milpa Alta fueron las únicas donde todos los participantes de la encuesta, como muestra aleatoria de cinco colonias, en el caso de Cuajimalpa: Zentapatl, Lomas de Chamizal, San Mateo Tlaltenango, San Pablo Chimalpa y Cuajimalpa Centro, no tenían pensión para la jubilación, es decir, la tarjeta de la pensión alimentaria significa la jubilación para estas personas.
10. Las respuestas a la pregunta: “¿Cuáles son los aspectos positivos del Programa Adultos Mayores?” se registraron de la siguiente manera:

Delegación	Aspectos positivos
Álvaro Obregón	Apoyo económico y seguridad
Azcapotzalco	Convivir con más personas, pensión permanente y segura
Benito Juárez	Puedo ahorrar, ingreso extra, en general nos conserva con una mejor calidad de vida
Coyoacán	Me ayuda a comprar ropa, compra cosas que antes no podía comprar
Cuajimalpa de Morelos	Compra de medicamentos sobre todo, luego alimentación
Cuauhtémoc	Que nos sentimos útiles y podemos invitar a tomar un café
Gustavo A. Madero	Tranquilidad de tener alimentos; dan seguridad; en lo económico: comprar medicina y alimentos
Iztacalco	Alimentación, salud
Iztapalapa	Compra de alimentos y medicamentos
Magdalena Contreras	Apoya mis gastos de alimentación para mí y mi nieta
Miguel Hidalgo	Mucha ayuda en mi hogar
Milpa Alta	Contar con una ayuda, porque nunca me dieron
Tláhuac	Apoya a la población que ya no tiene ingresos, por primera vez un apoyo del gobierno
Tlalpan	Que vive uno mejor; solvencia y bienestar económico; volver visible al adulto mayor
Venustiano Carranza	Una ayuda social muy importante
Xochimilco	Medicamentos sobre todo, aunque no se come carne a veces; comprar leche; el apoyo a las familias con escasos recursos

11. Para la pregunta: “¿Cuáles son los aspectos negativos del Programa Adultos Mayores?” las respuestas señaladas fueron:

Delegación	Aspectos negativos
Álvaro Obregón	Falta más atención y protección
Azcapotzalco	
Benito Juárez	Que no dan informaciones amplias para que todos nos enteremos de las actividades que existen
Coyoacán	No he visto ninguno, siempre me han tratado bien, con respeto y cortesía
Cuajimalpa de Morelos	Algunos adultos compran mercancías y después revenden, “no es justo”

Cuauhtémoc	Que se los dan a las personas que no lo necesiten
Gustavo A. Madero	Vigilancia permanente
Iztacalco	
Iztapalapa	Todo está muy caro y no alcanza,
Magdalena Contreras	El lugar en donde se encuentran ubicadas las oficinas están llenas de subidas y bajadas, escaleras
Miguel Hidalgo	
Milpa Alta	Lo económico no es satisfactorio
Tláhuac	Abuso por parte de los hijos
Tlalpan	No tener cerca una oficina ya que hay gente discapacitada
Venustiano Carranza	Que sólo existe en el DF
Xochimilco	

12. Como respuesta a la pregunta: “¿Qué mejoraría Usted en el manejo del Programa Adultos Mayores?”, los encuestados respondieron:

Delegación	¿Qué mejoraría?
Álvaro Obregón	Mejor capacitación para su personal ya que hay algunas muy déspotas
Azcapotzalco	
Benito Juárez	Que hicieran un estudio socio-económico para saber quién tiene mayor necesidad, mejorar la atención médica y alimenticia
Coyoacán	Aumento; descuento en medicamentos
Cuajimalpa de Morelos	Nada
Cuauhtémoc	Que tuviéramos una casa de reposo donde no nos cobren, que sea para persona que sí lo necesita
Gustavo A. Madero	Que se difundiera toda la información en cuestión de beneficios a los que tenemos derecho como personas adultas; enseñar y educar al mismo adulto mayor; que sean tomadas en cuenta las opiniones de los adultos; bolsa de trabajo
Iztacalco	Más rápido el tramite
Iztapalapa	Bajar los precios de los productos básicos; cuida diariamente a un adulto mayor y no se encuentra en la casa, que fueran menos complicadas las visitas para que no le quiten su tarjeta y pueda realizar sus actividades fuera de casa
Magdalena Contreras	
Miguel Hidalgo	Aumento económico; se amplíe para la gente más necesitada

Milpa Alta	
Tláhuac	Que los médicos sean constantes y nos den medicamentos
Tlalpan	Servicios más amplios con la tarjeta para otros establecimientos; que la ayuda llegara a personas que realmente lo necesitan; que incluya casas de asistencia (asilos)
Venustiano Carranza	Gratuidad, pero para los eventos de calidad
Xochimilco	

13. Por último, en la pregunta: “¿Qué más le molesta en su vejez?”, se registraron las respuestas: abandono, no poder moverse e igual no poder trabajar; falta de cuidados, ya que se quedan solos en casa; sentimiento de marginación o discriminación; no poder escuchar, no poder ver, y no tener prótesis.

En conclusión, la transferencia directa monetaria cumple las funciones importantes de la sobrevivencia económica, social y cultural. Además, el Programa de la Pensión Alimentaria cumple todavía funciones de justicia social; según una adulta, “es para mí una pequeña jubilación, ya que no pude jubilarme por injusticia”<sup>4</sup>. En esta situación, sin jubilación, se encuentran muchos adultos que viven en el Distrito Federal.

Sin embargo, existe también una lógica en la política pública que, además de tener los recursos limitados, estriba en la propia facilidad de llevar ayudas a los adultos mayores. En otras palabras, llevar la ayuda a los adultos mayores en condiciones de desventaja es muy costoso; la gente en estas condiciones está dispersa y a veces incomunicada en todas las delegaciones del Distrito Federal. Además, es menos eficaz llegar con la ayuda a estos adultos porque el presupuesto se va a gastar igual y va a favorecer a muy poca gente; sin olvidar que la ayuda en forma de transferencia directa se comparte con los familiares. Dicho de otro modo, se toman las decisiones que no necesariamente favorecen a los más pobres, porque es más caro llegar a los pobres. Hay beneficiarios de la ayuda de la pensión alimentaria que han tenido contacto con los gobiernos y ellos saben cómo seguir teniendo contacto. Se repiten los beneficiarios y los beneficiarios con menores desventajas, como es el caso de las delegaciones Miguel Hidalgo y Benito Juárez, saben demandar los derechos. Además, saben estar presentes en los espacios comunes de convivencia, como lo son los centros culturales, convivios comunes, actividades culturales y sociales que ofrece la política pública. Sin embargo, los más pobres son más callados, sufren más abandono y, sobre todo, las enfermedades; especialmente las mujeres. La mayoría de los adultos que visita los Centros de Salud, sin tomar en cuenta los problemas operacionales de las tarjetas y demanda los derechos y las informaciones, no es de escasos recursos.

4 Encuesta con la adulta mayor, esposa del profesor de la UNAM, septiembre 2013.

Finalmente, habría que subrayar que existen problemas de oportunidad y de calidad que los adultos mayores sufren en materia del acceso a la salud y la seguridad social, entre otros; y menos en el caso de los adultos mayores pobres que son abandonados o están enfermos, enfrentando condiciones de desventajas abismales.

A continuación se presentan las propuestas para la política pública de los adultos mayores.

## 7. Propuestas para la nueva política pública de los adultos mayores en el Distrito Federal

Cabe señalar que la evaluación de las políticas públicas sobre la vejez es un tema que aún se sigue explorando, *ipso facto* constituye un desafío para el diseño. El desafío estriba en diseñar **las políticas gerontológicas** para los adultos de 68 años y más en el Distrito Federal, una entidad vanguardista para las nuevas propuestas e ideas.

### 1. Política pública de salud para los adultos mayores

#### 1.1. Política pública de acciones puntuales: dientes, oídos y ojos

Todos los adultos entrevistados sufrían de los problemas enraizadas en la falta de dentadura, apartados del oído o las enfermedades de ojos. De ahí, la propuesta de la política para enfrentar el problema de la salud estriba en la atención especial: 1) en la esfera dental, en la adquisición de los aparatos dentales o prótesis, 2) en la esfera del oído, en la adquisición de los aparatos de oído, 3) en la esfera de los ojos, en la facilitación de la curación de las enfermedades de los ojos, tales como catarata y glaucoma, entre otros.

##### 1.1.1. Dientes: odontólogos geriatras

Los adultos mayores padecen dos problemas esenciales relacionados con la esfera dental: 1) Ausencia de los órganos dentales, y 2) Enfermedades de tejidos de sostén, es decir, la movilidad de órganos dentales (enfermedades periodontales).

La enfermedad periodontal, es cualquier estado patológico que afecta los tejidos de soporte dentario (Lindhe, 1992: 152). Las enfermedades periodontales son infecciones causadas por microorganismos que colonizan la superficie dentaria en el margen gingival o por debajo de él. Se estima que cerca de 700 especies diferentes son capaces de colonizar la boca y que cualquier

individuo por lo general alberga 150 especies distintas o más (Ídem, 207). El periodonto, comprende de los siguientes tejidos; la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y hueso alveolar; su función consiste en unir al diente al tejido óseo de los maxilares y mantener la integridad en la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal (Ídem, 3). La acumulación y metabolismo de bacterias en las superficies de la cavidad bucal se consideran causas principales de caries dental, gingivitis, periodontitis y estomatitis.

En cuanto a las enfermedades de tejido de sostén, primero aparece la gingivitis que es un estado inflamatorio de la encía. Cuando la gingivitis no se trata debidamente, puede convertirse en periodontitis que es una enfermedad infecciosa crónica de los tejidos de sostén de los dientes. A causa de la infección bacteriana, los tejidos periodontales se inflaman y son destruidos por acción del proceso inflamatorio (Lindhe, 1992: 328). La gravedad de la periodontitis aumenta con el envejecimiento. La pérdida de dientes puede ser la consecuencia final de la enfermedad periodontal destructiva. Otras causas de la pérdida de dientes son: caries, traumatismos, una higiene dental escasa, patologías, hábitos, enfermedades, entre otras. Se ha demostrado en muchos estudios de diferentes poblaciones que los varones muestran peor salud periodontal que las mujeres (Ídem, 144).

Cabe destacar que es necesaria la cooperación eficaz entre los laboratorios que elaboran los aparatos y los especialistas dentales para ayudar en las molestias de los adultos mayores, pues hay casos particulares, como el de una señora de Tlalpan que pago 3500 pesos por la dentadura, cuando se encuentra jubilada con una pensión de 3000 pesos. La consulta fue con un dentista privado, ya que los Centros de Salud, DIF y otras instituciones públicas no ofrecían el servicio.

La Universidad Nacional Autónoma de México tiene las 9 nueve clínicas especializadas en la prótesis y la dentadura para los adultos mayores. Por medio de la cooperación entre la UNAM y el gobierno del Distrito Federal se podría obtener la mejor atención para los adultos. Además, los estudiantes de medicina, en servicio social del último año podrían atender los casos de los adultos más vulnerables. El costo total por la prótesis es alrededor de 1600 pesos. El costo por la prótesis de un adulto mayor, en parte, debería ser cubierto también por un estudiante (20%), que participa no solamente en el proceso de enseñanza sino que es también responsabilidad solidaria ciudadana en comprometerse mejorar el bienestar común. En el costo también sería cubierto por el laboratorio de prótesis de dientes (15%). El resto del costo sería la responsabilidad del adulto mayor derechohabiente.

En el momento actual Facultad de Odontología tiene posibilidad de atender a 100 adultos.

### 1.1.2. Oídos

La pérdida de la audición o sordera, que implica la pérdida total de la audición (Ausband, 1983: 16), es la enfermedad común entre los adultos mayores. Por eso es indispensable utilizar aparatos para reducir las dificultades provocadas por la pérdida del oído. También se debería implementar el uso de otros aparatos, tales como teléfonos amplios, audífonos, etcétera (Koch y Garratt, 2001: 231). El problema estriba en la acumulación del cerumen. Para los adultos mayores, la queratina, que es un componente del cerumen se incrementa, provocando un bloqueo del oído (Springhouse, 2002: 119).

La pérdida disminuida de la audición es multifactorial: exposición al ruido, traumatismos y lesiones del nervio vestibulococlear, es decir, el nervio que inerva el oído; los principales signos son la pérdida del equilibrio y vértigo (Ídem, 745).

Habría que subrayar que la enfermedad de Alzheimer, que se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de la capacidad cognoscitiva, se extiende también hacia los sistemas sensoriales y puede provocar sordera (Escajadillo, 2009: 113).

Se considera que la asistencia de las trabajadoras y los trabajadores de los Centros de Salud para los adultos mayores es componente indispensable para aprender a vivir con la pérdida de audición.

### 1.1.3. Ojos

Se considera tres problemas comunes de los adultos mayores: catarata, degeneración macular, glaucoma (Ratnaike, 2002: 158). En el caso del Distrito Federal, destaca el problema de catarata y glaucoma, aunque los adultos padecen también otras enfermedades como la carnosidad, entre otras. Es indispensable la política pública de refundar la cirugía de catarata. En la Asociación Para Evitar la Ceguera (APEC) en la Ciudad de México el precio para la operación de catarata es de 17 mil pesos.<sup>5</sup> Los adultos más vulnerables no tienen los recursos suficientes para las cirugías.

De todo modos, es de vital importancia la política informativa sobre los servicios que ofrece la Asociación para Evitar la Ceguera, ubicada en la calle Vicente García Torres No. 46, Colonia Barrio San Lucas, Delegación Coyoacán, CP 04030, México, DF.

## 1.2. Médicos geriatras

La propuesta estriba en el fortalecimiento de la presencia de los médicos geriatras, es decir, pasantes de las instituciones médicas y/o estudiantes de me-

---

5 Entrevista personal, la Asociación Para Evitar la Ceguera, Ciudad de México, 18 de octubre de 2013.



dicina, entre otros, en los Centros de Salud. Es indispensable crear, dentro de los Centros de Salud, los Módulos para la Atención de los Adultos Mayores que atendieran médicos geriatras. En este marco, se organizarían las visitas, junto con el personal del Instituto de Adultos Mayores, en las viviendas de éstos.

Los estudiantes de medicina del último año podrían realizar su servicio social en los Centros de Salud. El objetivo es relacionar su actividad con las necesidades que tienen los adultos mayores. La cooperación entre las educadoras del IAAM es necesaria para atender los casos de los más vulnerables.

### 1.3. Farmacias geriátricas

Es indispensable la iniciativa del gobierno local y su labor en hacer los convenios necesarios con los laboratorios y las farmacias especializadas en medicamentos destinados en su mayoría a adultos mayores.

Existen polifarmacias, es decir, farmacias para todas las enfermedades. La razón principal de esto es que no existe la política de salud preventiva, sino la política de curación. El desafío es fortalecer la salud preventiva.

Otro desafío es aumentar las entidades, es decir, las diferentes farmacias que puedan aceptar la tarjeta. Es de gran importancia, ya que los medicamentos son necesarios y a veces únicos remedios para seguir viviendo.

### 1.4. Programa de descuentos en medicina

Es importante subrayar que el gasto para la medicina es uno de los mayores gastos que el adulto mayor hace en relación de su salud cada vez más débil y deteriorada. Es de gran importancia fomentar el programa de descuentos en medicina.

### 1.5. Política contra la soledad y el suicidio. Política informativa sobre la muerte (tanatología).

Uno de los factores que más molesta en la vejez es la soledad, es decir, la “muerte social” del adulto. Ésta, junto con la exclusión social, son factores que contribuyen al suicidio entre los adultos mayores (Ratnaike, 2002: 118-119). Los adultos padecen la depresión que es suscitada por la pérdida de las personas cercanas y por estar viviendo solo. La depresión se convierte en la principal causa del suicidio.<sup>6</sup>

---

6 El escritor checo Bohumil Hrabal, en la edad 75 salió por la ventana del hospital, mientras Sándor Márai (1900-1989) también decidió suicidarse en la edad adulta, justo unas semanas antes de la caída del comunismo.

Karl Marx (1975 [1845]) analizaba la cuestión del suicidio en los escritos de Jacques Peuchet quien escribía *Memorias de los Archivos Policiacos*. El suicidio no es meramente causa económica, sino todo un sistema de la sociedad burguesa que provoca la exclusión. Marx, basándose en las palabras de Peuchet, dice que dentro de la natura de la sociedad se encuentra el suicidio. La sociedad no es la sociedad; es, como lo dijo Rousseau, un desierto habitado por los animales salvajes. Se trata de los defectos, que tiene la sociedad entera. Entre las causas se encuentran: “enfermedades consuntivas, hacia el cual la ciencia es en la actualidad indiferente e ineficaz, la amistad abusada, el amor engañado, la ambición frustrada, el sufrimiento de la familia, la rivalidad reprimida, la insatisfacción con la vida monótona, entusiasmo suprimido” (Ibídem).

La crisis abismal de la sociedad burguesa se observa en las historias de las adultas Irma y Marta del Distrito Federal en México. La señora Irma vivía en la delegación Cuauhtémoc, la adulta disfrutaba los recursos significantes, su pensión mensual fue 16 mil pesos. Ella intentó suicidarse, después quedó en cama dos años. Y las vecinas la encontraron y comenzaron a visitarla y poco a poco empezaron a robarla. Por la tristeza y abandono, murió. Las vecinas y la familia ni buscaron dinero para su funeral y la tumba. Hoy se encuentra en la fosa común.

Por otra parte, Marta intentó suicidarse con medicamentos. Vivía sola y por falta de actividad y abandono, entró en depresión. Después, su segundo intento fue también con medicamentos; y, hace dos meses, su tercer intento resulto satisfecho. Se colgó en el baño. Pecheut/Marx se preguntan, “¿qué clase de sociedad es, en efecto, donde se encuentra la soledad más profunda en medio de millones, donde uno puede sentirse abrumado por un deseo irrefrenable de matar a sí mismo sin que nadie sea consciente de ello?” (Ibídem). La pregunta queda presente en la sociedad contemporánea en el Distrito Federal.

Para realizar el buen vivir sin depresión hay que implementar los principios de: 1) aceptar las realidades y verlas como los acontecimientos positivos, 2) estar dispuesto a enfrentar las realidades, 3) estar dispuesto a compensar las pérdidas y las faltas, 4) ser selectivo en lo que uno realmente quiere, 5) tener relaciones con los demás en las redes sociales (encuentros, pasatiempos, juegos grupales).

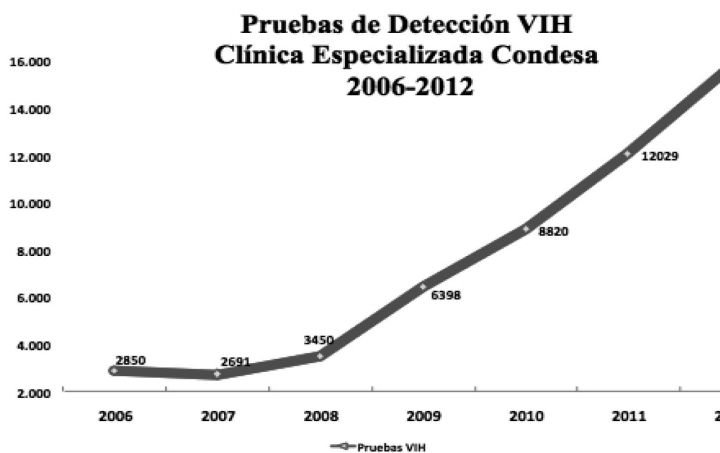
Uno de los principales factores de la depresión es el duelo después de la pérdida del ser querido. Los adultos emocionalmente son relacionados con las personas ya difuntas. Por otro lado, existe el miedo de la muerte. Tomando en cuenta las necesidades reales, un grupo de los adultos mayores de Coyoacán expresó la necesidad de escuchar la plática sobre tanatología; y respondiendo al pedido común, el 8 de noviembre de 2013 se realizó la plática para los adultos mayores. La relación entre las necesidades reales y las formas y programas es necesaria para mejorar el bienestar de los adultos.

## 1.6 Adultos Mayores con VIH/SIDA.

En la Declaración de Brasilia de la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe se señala: “Tomamos en cuenta los efectos del VIH/SIDA en las personas de edad, tanto en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo como en cuanto al valioso aporte que realizan en el cuidado de los integrantes de su familia cuando son afectados por la epidemia, así como su papel de promotores de la creación de un ambiente positivo y libre de estigma y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA” (Declaración de Brasilia, 2007). Para enfrentar la política sobre VIH/SIDA el gobierno capitalino a través de la Secretaría de Salud creó en 2002 el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México con el objetivo de “mejorar la calidad y la cantidad de vida de las personas que ya viven con el virus, así como garantizar el acceso universal a todos los habitantes de la Ciudad de México” (Secretaría de Salud, 2013).

No obstante se aprecia un significativo aumento en la detección del VIH entre 2006-2012 como lo muestra la gráfica 4. La tabla 6 muestra que casi 5 mil personas se encuentran en tratamiento antiviral en el grupo etario 25-44, es decir, en tres décadas serán adultos mayores.

**Gráfica 4: Las pruebas de detección VIH 2006-2012 en la Ciudad de México.**



Fuente: Secretaría de Salud, DF, 2013

**Tabla 6: Los casos de VIH en el Distrito Federal, mayo 2013 (en tratamiento médico).**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
<de 1	9	2	11
1 a 14	2	15	17
15 a 19	34	61	95
20 a 24	378	92	470
25 a 44	4,380	552	4,932
45 a 49	835	117	952
50 a 59	737	123	860
60 a 64	113	31	144
65 y más	84	15	99
Sin fecha	5	2	7
Total	6,577	1,010	7,587

**Fuente:** Elaboración propia en base de datos de Secretaría de Salud, DF, 2013

## 2. Política pública del deporte para los adultos mayores

### 2.1 La política informativa sobre la actividad y cultura física

En el pasado sólo se daba información sobre salud, en el sentido de curación mas no en el sentido de prevención, y tampoco se daba la información sobre la actividad física, sobre que el envejecimiento es un proceso y no una enfermedad (Ratnaike, 2002: 77). Los programas de actividad física pueden contribuir a disminuir la mortalidad. Por eso, el conocimiento sobre la actividad y cultura física es indispensable para cambiar las actitudes y opiniones de los adultos mayores sobre su vejez. Con el cambio de las actitudes y con los ejercicios específicos, los adultos podrían moverse sin bastón o ayuda de los demás, podrían independizarse de los familiares o ayudantes, algunas actividades pueden significar una prolongación de la vida o algunos beneficios sociales, mejoramiento en la memoria y funciones cognitivas, etcétera. Los ejercicios tienen efectos anti – vejez: existen evidencias de que el ejercicio regular puede minimizar los efectos fisiológicos de un estilo de vida sedentario y aumentar la esperanza de vida activa, al limitar el desarrollo y la progresión de las enfermedades crónicas y discapacitaciones (Chodzko-Zajko *et al.*, 2009). Las capacidades mínimas de actividades físicas se asocian con el alto riesgo de la mala salud y la mortalidad temprana (Cooper *et al.*, 2010). La información es clave, ya que gracias a ésta se puede ayudar a los adultos

mayores a vivir una vida más larga y más productiva, enfatizando la mejora de la calidad y cantidad de vida que resulta de la participación regular en un programa de ejercicio.

La actividad física mejora la salud del corazón, de los pulmones y del sistema circulatorio, ayuda a prevenir la pérdida ósea (osteoporosis), y aumenta el metabolismo para mantener bajo peso y adecuado nivel de azúcar en la sangre, contribuye a que las personas sean lo suficientemente fuertes como para mantenerse activas e independientes, ayuda a prevenir caídas y fracturas de cadera, las cuales constituyen una de las principales causas de discapacidad en las personas adultas mayores, ayuda a mantener flexible el cuerpo y a mejorar el estado de movilidad de las articulaciones, da más libertad de movimiento para realizar las actividades diarias necesarias para la vida independiente, puede ayudar a prevenir las lesiones, ya que al tener mejor elasticidad, existe un menor riesgo de ruptura muscular en caso de movimientos bruscos, tiene un efecto relajante (OPS, 2002: 11-15).

A demás, la información debe contener: 1) las enfermedades crónicas, 2) la esperanza de vida en México y en el mundo, 3) las enfermedades de Alzheimer en México y el mundo de cuantos millones vive en estas condiciones, etcétera.

## 2.2 Centros deportivos para los adultos mayores

Se parte de la necesidad de crear centros de la recreación deportiva para acondicionamiento físico general sólo para los adultos mayores.

Al respecto del *movimiento*, éste “expresa que la actividad es tan necesaria al organismo como indispensable a la cultura” (Malinowski, 1978: 111). El *movimiento* tiene su correlación con *actividades*: “el organismo humano, normal y descansado necesita movimiento” (Malinowski, 1978: 125), ya que “los sistemas de actividades corporales relacionadas con la economía, la organización política, la exploración de lo circundante, el contacto con otras comunidades, están vinculados con las tensiones musculares individuales y su excedente de energía nerviosa. En segundo término, son todos instrumentales, es decir, encaminados a la satisfacción de otras necesidades” (Malinowski, 1978: 126).

Los ejercicios para los adultos deberían enfocarse (Allen y Morelli, 2011: 664-666; Fern, 2009) en tres dimensiones: 1) Programa de aeróbic para mejoramiento del sistema cardiovascular, 2) Programa de resistencia: extensiones de rodillas, flexiones de tobillo, de bíceps, remo de maquina sentado, 3) Programa de equilibrio para balancear el organismo, con el objetivo de evitar las caídas; implementación de *Tai – Chi*, 4) Flexibilidad (estiramiento). Además, deben existir las facilidades de jugar golf para los adultos mayores.

El desafío es crear un entorno agradable. No se va a negar a los adultos mayores, pero admisión sobre todo a los adultos mayores con los escasos recursos. Los adultos con mayores ingresos tendrán que aportar una cuota; además, habría que reconocer la cuestión de género como eje principal.

Por otro lado, el desafío en los centros de deporte para los adultos mayores estribará en la política de mantenimiento del equipo para conservarlo en un buen estado. Un gasto para crear los centros será insuficiente, ya que deberá también cubrir los gastos de mantenimiento.<sup>7</sup>

### 3. El Programa para Adultos Mayores con el objetivo de ofrecer un apoyo escolar a los niños y las niñas. Experiencia cuenta.

El programa consiste en facilitar la transmisión del conocimiento del adulto mayor hacia los niños y niñas, también para personas jóvenes, especialmente para aquellos que presentan un bajo rendimiento escolar. Los mayores serían docentes y el programa sería voluntario. El objetivo es ofrecer el apoyo educativo a los niños y niñas que están en la educación primaria. El Centro de Salud en cada delegación desempeñaría un papel de vinculación de los adultos con los padres de los niños y niñas. Se realizaría el apoyo escolar en dos posibles lugares, es decir, en la vivienda de los adultos una vez por semana o en la vivienda de niños(as). Cada adulto tendría que desarrollar un plan de trabajo para un estudiante de acuerdo con las necesidades. Esta actividad de los adultos será remunerada.

Gracias a este programa el adulto transmite sus conocimientos y experiencias, sus ideas, percepciones; durante los encuentros será la oportunidad de transmitir y aprender la historia de los momentos históricos de su vida. Se observará la integración social de los adultos mayores. Aparecería el sentimiento de la utilidad y no de rechazo. Se desarrollan las relaciones intergeneracionales. Se mejoraría el rendimiento escolar de los niños y las niñas. Se fomentarían los nuevos roles sociales.

Los padres y los niños/as buscarán un acuerdo con el adulto sobre los días en que visitará el hogar o será visitado para trabajar con la/el niña/o. El adulto desempeñara el papel de un asesor.

Se otorgarán materiales educativos tanto para los niños como para los adultos mayores. Los adultos recibirán una remuneración, gastos de transporte, y la capacitación para perfeccionar la labor que ellos efectúan.

Al mismo tiempo, el Centro de Salud desempeñaría un papel de *sui generis* de bolsa de trabajo para los adultos mayores.

---

7 Entrevista personal, Medicina de Deporte, UNAM, 20 de agosto de 2013.

#### 4. Programa de casa hogar para los adultos mayores.

En la pregunta, ¿qué mejoraría Usted en el manejo del Programa Adultos Mayores? un adulto de la delegación Tlalpan respondió: “que incluya casas de asistencia (asilos)” (encuesta Tlalpan, 2013). La creación de la casa de asistencia resolvería para algunos el problema del abandono y soledad.

El albergue debería contar con recamaras para máximo 2-5 personas; además sala común, comedor, cocina, enfermería, salón para taller de actividades manuales; debería ubicarse solo en la planta baja. La trabajadora social<sup>8</sup>, según cual la encargada del albergue “no sale de su escritorio”, señala que dicho albergue es “una casa de dos pisos, eso no puede ser, es muy difícil para los adultos bajar y subir las escaleras; además, solo existen baños para 10 personas”. Sobre la necesidad de un hogar habla un señor taxista de 80 años, de la colonia Escandón: su taxi es su casa.

##### **Un adulto de la colonia Escandón**

“Del gobierno no me gusta nada. Todo está mal. En la política todos son una bola de rateros. Lo único bueno es AMLO, pero no lo dejan entrar. En el gobierno, ¿qué te diré? Él que ahora está en el gobierno no hace nada. Hace años fue un bueno, se llamaba Ernesto Uruchurtu<sup>9</sup>. Yo trabajaba como gerente en un salón de fiestas cuando fui joven. Ahora llevo 30 años trabajando en taxi. ¿Mi vida? Uh... que te digo. Hay muchas cosas. ¿Está jubilado? No. Nunca estuve en el seguro. Ahora tengo seguro por parte de mis hijas.

##### **¿Y tiene tarjeta de AMLO?**

Sí. La tarjeta de AMLO me sirve para comprar. Compró cosas del baño, jabón, frijol, pan. ¿Y que más? Mi familia, mis hijas no tienen lugar donde meterme. Nada más tienen cuarto para ellos.

##### **¿Y dónde vive ahora?**

Duermo en coche.

##### **¿Y dónde se lava?**

Voy a una gasolinerilla. Y para bañarme a los baños públicos. Y la ropa me llevo a la lavandería.

##### **¿Y es difícil sin casa?**

Sí es difícil. En mi casa no hay lugar, nada más dos recámaras.

---

8 Entrevista personal con la Señora María, trabajadora social del Asilo (Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez). Ella tiene la trayectoria larga en las instituciones públicas: 1986-1989 con los indigentes adultos, 1990-1995 en la institución para el apoyo de los niños de la calle (lo cerraron), 1996 en adelante, en hospital del gobierno del DF junto con el trabajo actual en el INPAM. 18 de septiembre de 2013. (Nos acordamos para ver el día siguiente, pero la señora no se presentó en el albergue).

9 El jefe del departamento del DF durante 1952-1966; realizó grandes obras viales en el DF.

***¿Para rentar las recámaras son caras?***

Sí.

***¿Y por dónde duerme?***

Aquí (muestra lugar de pasajero).

***¿Pero cuál calle?***

Allá, en la colonia Escandón, ahí me quedo dormir. Ahí me duermo. Me estaciono en la Escandón, por eso ahí es mi casa.

***¿Y cuenta cómo se siente sin casa?***

Pues muy mal.

***¿Le gustaría que se creara una casa hogar, un albergue?***

Pues como no. Estaría bien”.<sup>10</sup>

Después cuando llegamos al destino, un centro de salud en la delegación Magdalena Contreras, el señor toma cigarro a la boca y lento enciende, con gran conmoción.

## 5. Política pública del cuidado en el Distrito Federal. Programa de cuidados domiciliarios.

Según el Art. 6 del documento final de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid, se subrayó la necesidad de “(...) mejorar constantemente los cuidados y el apoyo prestados a las personas de edad que los necesitan” (UN, 2002: 2). En el marco latinoamericano, en la estrategia regional sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe se insistió en “formular políticas en que se definan los cuidados que necesitan las personas mayores y los mecanismos de acceso a ellos” (CEPAL, 2003: 8).

Las políticas del cuidado son necesarias como respuesta al abandono de núcleo familiar, a la “muerte social” incluso dentro de su propio hogar, como es el caso de la historia de la adulta casi ciega de la delegación Magdalena Contreras (historia abajo).

La política de cuidado sería una respuesta a la problemática de merecimiento, respuesta a la idea de que el adulto mayor no es un beneficiario sino un titular de los derechos. El proceso de envejecimiento es un proceso natural y la política del cuidado es un elemento natural en este proceso.

### **Adulta casi ciega de la Magdalena Contreras**

“Tomen lo que quieran de mis libros. Siempre he leído desde niña y me empezó a deteriorar la vista cuando tenía 10 años. Primer día del año 2000 ya no tenía trabajo. Trabajaba en una fábrica de instrumentos musicales en la Avenida Toluca. Ya no existe. Trabajé aquí 27 años. No tenía

---

10 Entrevista con el señor, noviembre de 2013, delegación Benito Juárez del DF.



pagar la otra casita que tenía más grande. Me siento muy mareada. Espero para tomar la medicina.

***¿Tiene frío?***

Sí tengo, pero me lo aguanto. Cuando hace calor, es calientísima la casita. Ahora cuando es frío, hójole. Ayer de plano no me levanté. Tomé leche, no abrí la estufita. Me visitan de vez en cuando. Me traen la comida. La señora Carmelita me visita.

***¿Entonces su problema son los ojos?***

Sí, pero también la presión.

***Y de ojos, ¿en qué por ciento me ve? ¿En 30, 20 por ciento?***

Ni en un por ciento.

***¿No me ve?***

No, más que la sombra. Según la posición puedo ver algo.

***¿Y cuenta sobre la tarjeta de AMLO?***

Sí, pero ha subido bastante el precio de las cosas. La primera vez, yo fui primera que me dieron la tarjeta se llenaba el carrito, ahora ni alcanza, pero hay que aprovechar.

***¿Tiene la jubilación?***

Sí. Es de 2,200. Apenas alcanza.

***¿Qué le molesta más en su vejez?***

No poder hacer las cosas como me acostumbre. Porque desde siempre vivía sola, desde jovencita, 14–15 años. Siempre me bastaba yo misma, ya sea económicamente, siempre gocé de buena salud, tenía manos fuertes. Ahora un poco débil, porque he comido muy poquito. Con los mareos me da mucho miedo andar por aquí. Antes tenía mareos de vez en cuando, ahora es continuo.

***¿Me puede decir sobre sus libros? ¿Cuál le gusta más?***

Uh, (aparece sonrisa en su boca), uno no puede decir, pero “Don Quijote”, desde 15 años, lo leí dos veces. No pues me gusta mucho de García Márquez, Vargas Llosa, Carlos Fuentes, y mucho más, lo que se ve. Y eso que yo regale muchísimo libro. Como carrera no estudié, muy poco, sólo para trabajo. Yo siempre leí desde niña, antes cuando fue niña pues aventuras, de estas cosas que le gusta a los chamacos. Cundo fui más grande, iba comprando los libros. Ah y de Elena Poniatowska, todas me gustan. Ah y “Recuerdos de porvenir” de Garro.

***Y ¿cuál más de Poniatowska?***

“Tinísima”. Fue la más bonita.

***¿Cuál periodo de su vida es más bonito?***

De la fábrica, pues hacerme como buena empleada, un trabajador eficiente, por 27 años y me salí, dejé para las nuevas generaciones. La fábrica fue de los instrumentos musicales, yo hacía guitarras. Después la fábrica se

deshizo, yo ya no estaba. ¿Conocen la casa de Berghamp? Trabajé para la señora Berghamp 27 años. En Ixtapa, después del trabajo me fui a Ixtapa, económicamente me fui pa'abajo. Yo nunca tenía ninguna propiedad, siempre rentaba lugares; lo que tenía eran muchas "chivas".

**¿Chivas?**

Ah perdón, muchas cosas. No me ha podido deshacer de ellas. Hay pocas personas que leen, viene otra señora, la abogada, la regalé muchos libros. Y ella me compro mi Quijote con la presentación muy bonita.

**¿Y cómo baja estas escaleras tan peligrosas?**

Por este caracol, me agarro, me agarro muy fuerte".<sup>11</sup>

La propuesta estriba en diseñar las acciones para establecer los cuidadores formados tomando en cuenta las tres dimensiones: 1) como alivio de cuidadoras informales, 2) incorporación de cuidadoras formales para los sectores bajos, y 3) cuestión de género, para atención a las mujeres.

Existen dos tipos de cuidado: informales y formales. Los primeros abarcan los familiares, amigos, vecinos, etc. Los segundos son aquellos que cuentan con una capacitación teórico-práctica desde una perspectiva social de la vejez y del envejecimiento. El cuidador formal desempeña funciones diarias en el hogar del adulto. El cuidado tiene una relación individualizada. El principal objetivo es fortalecer la autonomía de la persona adulta. El cuidador será capaz dar especial atención a las personas con demencias tipo Alzheimer y trastornos cognitivos. Se crearán los instrumentos para monitoreo y evaluación.

A través de un convenio con la Secretaría de Salud u otras instituciones se podrá atender alrededor de 1% de las personas poseedoras de tarjetas de ayuda, es decir, 5 mil personas al principio, con el objetivo de ampliar el cuidado en el futuro.<sup>12</sup> El conocimiento de las educadoras permitirá la elección de las personas para la atención de los cuidados entre aquéllos que disfrutaban la pensión alimentaria. Es necesaria la cooperación transversal entre distintas secretarías para diseñar la política del cuidado.

Será de gran importancia implementar un programa piloto en la delegación Magdalena Contreras. Ahora, para toda la población mayor de delegación de Contreras, sólo hay un médico geriatra. Existe la necesidad de contar con alrededor de 100 cuidadores; el número fue establecido a partir de las entrevistas con educadoras sobre los casos más necesitados. Estos cuidadores atenderían los casos más vulnerables, como es la situación de la adulta casi ciega de 88 años, cuya historia se presentó.

El costo económico para el programa piloto en Magdalena Contreras para 100 cuidadores formales consistiría en dos tipos de costo:

---

11 Entrevista con la señora, noviembre de 2013, delegación Magdalena Contreras del DF.

12 Argentina implementó política de cuidados para 15 mil adultos y 25 mil fueron cuidadores formados.

1. La capacitación: alrededor de 200,000 pesos
2. La remuneración: 500,000 pesos mensuales; 6 millones anual.

## 6. Consejo Consultivo de los Adultos Mayores

Es indispensable fortalecer la importancia del Consejo Consultivo compuesto por adultos mayores como representantes de las delegaciones. Dicha institución será la encargada de presentar las propuestas y las iniciativas para las políticas públicas. El gobierno tomará en cuenta los resultados del trabajo del Consejo. Serán organizados encuentros regulares entre los representantes del gobierno y el Consejo.

Las misión principal de la institución del Consejo Consultivo comprendería no solamente el monitoreo y funciones consultivas de las tareas, sino también la evaluación de la política pública para los adultos mayores.

## 7. Cooperación eficiente con la PGJDF

Uno de los problemas graves es el maltrato de los adultos por parte de sus familiares. Según una educadora, los adultos son maltratados y ahora no se puede hacer mucho contra el maltrato. Ella cuenta el caso de un adulto que fue maltratado por la nuera; él fue despojado de su casa. Ahora las educadoras no pueden de ninguna manera intervenir. Será de gran importancia que una educadora pueda preparar una “nota informativa”, para después presentarla ante la dirección, y con ésta, recibir cooperación de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) para resolver.

## 8. Universalización con solidaridad

El análisis se concentra en el rediseño del Programa de Adultos Mayores. Se trata de transferencias focalizadas a los adultos más necesitados a través del estudio socio económico, evitando el clientelismo. Los programas de transferencias monetarias públicas deberían concentrarse sólo en las personas mayores pobres, en el contexto de la falta de la reforma de pensiones. La pobreza y las desigualdades no serán combatidas mediante políticas generalizadas para todas las personas mayores, sino por las acciones concertadas para frenar las desigualdades en ingresos, la salud, el bienestar y la inclusión social. Estos enfoques deben

formar parte de una estrategia de ciclo de vida que se ocupa de las desventajas por razones de género, etnia y origen socioeconómico, y utiliza la mediana edad y la jubilación como ventanas de oportunidad (Cann, 2009).

## 9. El programa bolsa de trabajo para los adultos mayores

La información tiene que ser coordinada en los Centros de Salud para ofrecer posibilidades de trabajo para los adultos mayores. Por ejemplo, el trabajo de servicios de comida para los eventos o de comedores populares de adultos mayores.

El apoyo para el desarrollo de pequeñas y medianas empresas, la capacitación para el trabajo, cursos y talleres enfocados en la creación de las instituciones para la producción, distribución, preparación y consumo de los alimentos. Malinowski (1978: 115) subrayaba que “[...] el concomitante cultural de la necesidad o necesidades impuestas por el metabolismo consiste en una serie de instituciones” que pocas se “relacionan exclusivamente con la nutrición”. Se trata de la socialización con los demás, hacer trabajo y pasar tiempo juntos.

### Referencias bibliográficas:

- Allen, Jeralyn y Morelli, Vincent (2011), “Aging and Exercise”, en *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol. 27 (4), pp. 661-671.
- Ausband, John (1983), *Enfermedades del oído, nariz y garganta*, México: Manual Moderno.
- Barrientos, Armando (2006), “Poverty reduction: the missing piece of pension reform in Latin America”, *Social Policy & Administration*, vol. 40, no. 4, pp. 369-384.
- Cann, Paul (2009), “Population ageing: the implications for society: the living tapestry”, *Quality in Ageing*, vol. 10 (2), junio 2009, pp. 39-46.
- CEPAL (2003), Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003. Disponible en:  
<<http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/1/13611/FINAL-DSC-1-Espanol.pdf>>
- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D., Fiatarone Singh, M, Minson, Ch., Nigg, C., Salem, G., y Skinner J. (2009), “Exercise and Physical Activity for Older Adults”, en *Medicine & Science in Sports & Exercise*, the American College of Sports Medicine.

- CONAPO (2013), *Proyecciones de la Población 2010-2050. Aspectos Generales de los resultados de las Proyecciones de Población*, México DF: CONAPO. Disponible en: <[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos\\_Generales\\_de\\_los\\_resultados\\_de\\_las\\_Proyecciones\\_de\\_Poblacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion)>
- Cooper, Rachel, Diana Kuh y Rebecca Hardy (2010), "Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis", *British Medical Journal*. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938886/>>
- Escajadillo, Jesús R. (2009), *Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello*, México: Manual Moderno.
- Fern, Angela K. (2009), "Benefits of physical activity in older adults. Programming Modifications to the Exercise Experience", en *ACSM's Health & Fitness Journal*, vol. 13, no. 5.
- IAAM (2011), Datos del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Disponible en: <<http://www.iaam.df.gob.mx/noticias/0412201101.html>>
- INEGI (2012), *Banco de información INEGI*. Disponible en: <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>>
- INEGI (2014), *Indicadores de demografía y población*. Disponible en: <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>>
- Kaberry, Phyllis (1981), "La contribución de Malinowski a los métodos del trabajo de campo y a la literatura etnográfica", en Firth, Raymon *et al.*, *Hombre y cultura. La obra de Bronislaw Malinowski*, México: siglo XXI editores.
- Koch, Susan y Sally Garratt (2001), *Assessing older people. A practical guide for health professionals*, Sydney-London-Philadelphia: MacLennan Petty.
- Leach, E. R. (1981), "La base epistemológica del empirismo de Malinowski", en Firth, Raymon *et al.*, *Hombre y cultura. La obra de Bronislaw Malinowski*, México: siglo XXI editores.
- Lindhe, J., (1992), *Periodontología clínica*, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición.
- Malinowski, Bronislaw (1965), *The Dynamics of Culture Change: An Inquiry Into Race Relations in Africa*, New Haven and London: Yale University Press.
- Malinowski, Bronislaw (1978), *Una teoría científica de la cultura*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Malinowski, Bronislaw (1986), *Los argonautas del Pacífico Occidental. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*, Barcelona: Ediciones Península.
- Marx, Karl, "Peuchet: On suicide", Vol. 4, en *Marx/Engels Collected Works*, 1975, pp. 597-613, <<http://www.marxists.org/archive/marx/works/cw/index.htm>>
- OPS (2002), *Promover: Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física*, Washington: Organiza-

ción Panamericana de Salud, Oficina regional de la Organización Mundial de Salud.

Ratnaike, Ranjit N. (2002), *Practical guide to geriatric medicine*, Roseville: The McGraw-Hill Companies Australia.

Reddy, Sanjay G. (2012), "Public Policy Analysis Today and Tomorrow", *Jindal Journal of Public Policy*, Vol.1, Issue 1. ISSN 2277-8743.

Springhouse (2002), *Better Elder Care. A Nurse's Guide to Caring for Older Adults*, Lippincott Williams & Wilkins.

Townsend, Peter (1955), "The anxieties of retirement", *Occupational Medicine*, vol. 5, no. 1, pp. 19-24, reproducido en: Walker, A., Gordon D., Phillimore, Phillipson C., Salomon, M.E., Yeates, N. (2010), *The Peter Townsend Reader*, Bristol: The Policy Press.

UN (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid*, 8 a 12 de abril de 2002. Disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>>