



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CUIDADOS A LARGO PLAZO DE ADULTOS MAYORES, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

BEGOÑA SAGASTUY ARTALOITIA

2014-2016

Proyecto Terminal para obtener el grado de Maestra en Salud Pública en Servicio

Director(a) de Proyecto Terminal

Mtra. Margarita Márquez Serrano

Asesor (a) de Proyecto Terminal

Dra. Verónica Montes de Oca

Cuernavaca, Morelos; Noviembre de 2017.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
I. Introducción.....	2
II. Antecedentes.....	3
III. Marco Teórico.....	7
¿Qué es el envejecimiento?	7
Diversidad en el envejecimiento: estado de salud, discapacidad y dependencia	10
Los Sistemas de Cuidados a Largo Plazo y su importancia	12
IV. Planteamiento del Problema.....	20
IV. Justificación	21
V. Objetivos.....	22
VI. Material y métodos.....	22
VII. Consideraciones éticas	27
VIII. Resultados	28
Dimensiones y elementos de los sistemas de CLP	28
<i>Dimensión 1: Ámbitos de Responsabilidad</i>	<i>29</i>
<i>Dimensión 2: Población cubierta y criterios de elegibilidad.....</i>	<i>33</i>
<i>Dimensión 3: Beneficios, servicios provistos y espacios para la provisión de la atención</i>	<i>36</i>
<i>Dimensión 4: Financiamiento</i>	<i>40</i>
Los CLP en Ciudad de México	42
<i>Legislación, políticas y programas nacionales relativos al cuidado de personas mayores con dependencia</i>	<i>43</i>
<i>Legislación, políticas y programas en el Distrito Federal/Ciudad de México</i>	<i>47</i>
<i>Hacia la consolidación de un sistema de CLP en la Ciudad de México</i>	<i>53</i>
XI. Discusión	57
XII. Conclusiones y recomendaciones	59
XIII. Limitaciones del estudio	63

XIV.	Bibliografía y referencias bibliográficas	64
------	---	----

Resumen

Los sistemas de cuidado a largo plazo consisten en las actividades y acciones realizadas para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible. En febrero de 2017 se promulgó la primera Constitución de la Ciudad de México y en ella se reconoce que las personas tienen el derecho al cuidado y señala que se deberá establecer un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad. El presente trabajo desarrolló una propuesta de estrategia para la creación de este sistema en la Ciudad de México. El trabajo se concentra en la población de personas de sesenta años y más ya que este grupo etario es el principal usuario de servicios de cuidados a largo plazo. Para ello, se analizan los fundamentos teóricos sobre envejecimiento y la dependencia; se identifican los elementos clave de los sistemas de cuidado a largo plazo que deben tomarse en consideración al crear una nueva política o sistema de CLP; se analiza la dimensión y necesidades de cuidados a largo de las personas mayores con dependencia en la Ciudad de México, y se identifican los principales programas, políticas y legislación existentes en Ciudad de México sobre los cuidados a largo plazo de personas mayores con dependencia a través de documentos oficiales, literatura gris, entrevistas a funcionarios claves, entre otras fuentes.

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, cuidados a largo plazo, sistemas de cuidados a largo plazo

I. Introducción

Este trabajo se concibe como un documento de referencia para autoridades y tomadores de decisiones en la Ciudad de México que estén interesados en el tema de los cuidados a largo plazo (CLP) y la atención de la dependencia en personas mayores. Se presenta a lo largo de este documento una propuesta de estrategia para la creación de un sistema de cuidados en la capital y se abordan temas como: los fundamentos teóricos sobre el envejecimiento y la dependencia, su dinámica y prospectiva en la Ciudad de México, las dimensiones clave que conforman los sistemas de CLP, los programas, políticas y legislación existentes en el país y en su capital para dar respuesta a las necesidades de CLP.

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes retos que México enfrentará durante el siglo XXI. Este es un proceso gradual pero incuestionable que tendrá complejas implicaciones sociales, culturales y políticas. Una de estas consecuencias es la relativa a cómo dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores que tienen algún grado de dependencia funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Pese a que en todas las entidades federativas del país se observa un proceso de envejecimiento, la Ciudad de México es la más envejecida en cuanto a proporción de adultos mayores.

En 2015, 13.4% de la población de la capital del país eran personas de 60 años y más y se estima que para el 2030 este porcentaje estará por encima del 20%.¹ De continuar la tendencia actual de crecimiento poblacional, discapacidad y dependencia, podemos esperar que para el 2030 vivirán en la Ciudad de México 1.7 millones de personas mayores (medio millón más que en 2015) de las cuales 463 tendrán limitaciones para el autocuidado, y entre 86 mil y 173 mil serán totalmente dependientes.* Sin lugar a dudas, esto nos lleva a la necesidad imperiosa de reducir estos porcentajes a través de políticas públicas que fomenten un envejecimiento saludable. No obstante, no podemos dejar de lado que siempre existirá un porcentaje de nuestra población que requerirá de cuidados en los últimos años de su vida y que debe existir una respuesta social organizada para atender a esta población.

En 2017 se promulgó la primera Constitución de la Ciudad de México. Esto representa una oportunidad para la innovación y la atención de la necesidad de cuidados de las personas mayores ya que en dicha Carta Magna, se reconoce por primera vez que las personas tienen el derecho al cuidado y señala que se

* Ver Tabla 3: Proyecciones de población en la Ciudad de México 2015 y 2030 en la página 42

deberá establecer un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad.

II. Antecedentes

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en 2012, 11.5% de la población mundial tenían 60 años o más.² Según proyecciones del mismo organismo, este grupo etario está creciendo a tasas superiores que el resto de la población de tal forma que para el año 2050 el número de personas con 60 años y más se duplicará.² Este cambio demográfico está siendo mucho más rápido en países de ingresos bajos y medios como demuestra el hecho de que en Francia tuvieron que transcurrir 100 años para que la población de 65 años o más se duplicará mientras que en Brasil y en China se espera que ocurra en menos de 25 años.³

Las causas de este cambio han sido ampliamente documentadas y estudiadas a lo largo del siglo XX bajo la llamada teoría de la transición demográfica. Popularizada por Notestein, esta teoría describe y explica los cambios en la mortalidad y fecundidad de los países industrializados.⁴ Si bien ha sufrido modificaciones y revisiones, en su concepción original plantea la existencia de cuatro estados demográficos según estas dos variables.⁵

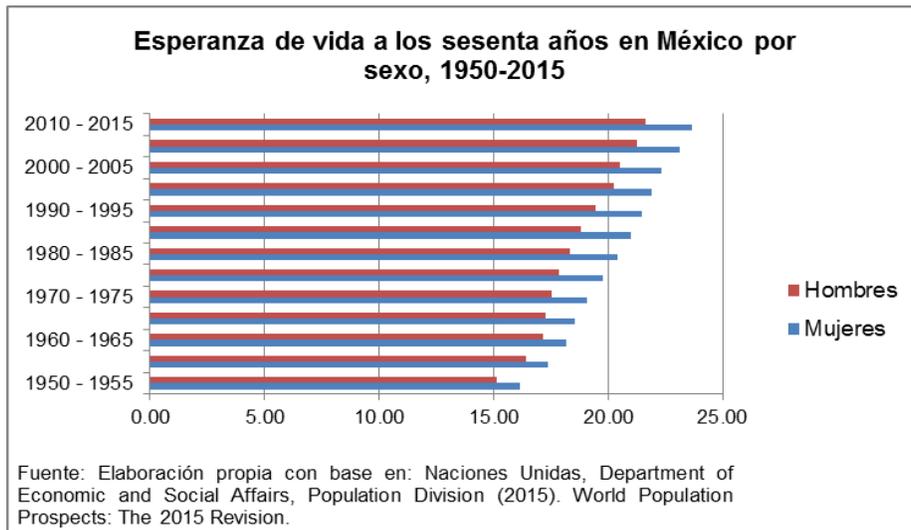
La primera etapa, conocida como de pre-transición, se caracteriza por altas tasas de natalidad y altas tasas de mortalidad. La segunda, transición temprana, se observan caídas en las tasas de mortalidad pero continúan las altas tasas de natalidad por lo que la población empieza a aumentar rápidamente. La tercera etapa es la de la transición tardía donde las tasas de natalidad empiezan a disminuir y se mantienen bajas tasas de mortalidad, por lo que empieza a desacelerarse el crecimiento poblacional. Finalmente, la cuarta etapa, post-transición, se caracteriza por bajas tasas de natalidad y mortalidad y con un crecimiento poblacional muy bajo o incluso en disminución.

México no es ajeno a estas tendencias mundiales. En 1990 los mexicanos de 60 años y más representaban el 6.4% de la población, en el 2015 conformaban el 10% de la población y para el año 2030 se estima que este grupo etario constituirá el 14.8% de la población total del país.¹

Las razones del aumento de la población de personas mayores en México, tanto en términos relativos como absolutos, han sido ampliamente documentadas. Por un lado, esto se debe al aumento de la esperanza de vida, la disminución de mortalidad en edades tempranas y a la mayor supervivencia de las

personas de edad avanzada producto del éxito de los programas de desarrollo, mejoras económicas, y avances científicos. En México la esperanza de vida aumentó de 59 años en 1960 a 75.15 en 2016 y la mortalidad infantil ha disminuido de 120 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1950 a 12 por cada mil en 2014 y, según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), será de 3.2 para el 2050.⁶ Asimismo, como se ve en la Figura 1, la esperanza de vida a los sesenta años ha aumentado de forma sostenida desde la década de los años cincuenta del siglo XX, pasando de 15.63 a 22.69 en 2015, y se espera que para el 2030 sea de 24.21.⁷

Figura 1: Esperanza de vida a los sesenta años en México por sexo, 1950-2015

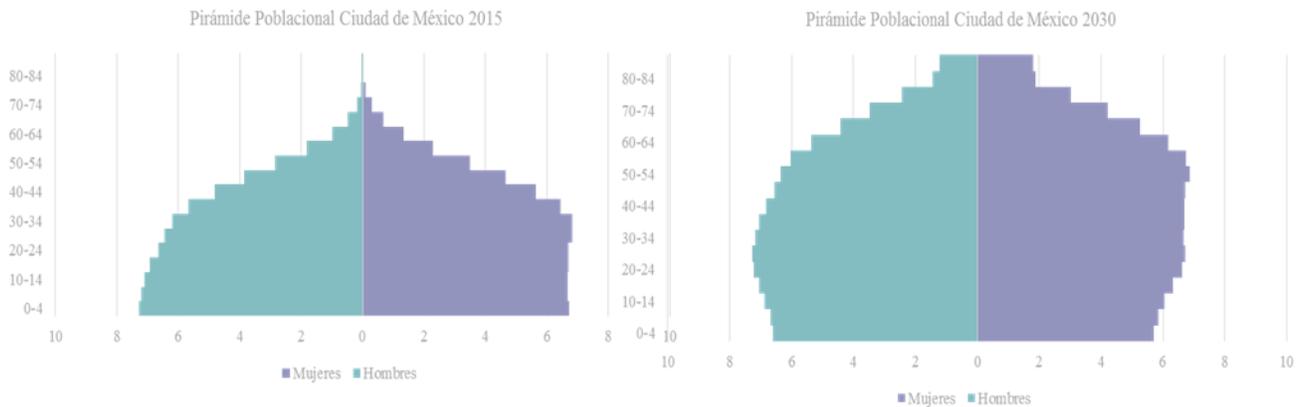


Por otro lado, desde mediados del siglo XX las tasas de fecundidad han disminuido de forma sostenida en todo el mundo por las políticas de control poblacional y factores sociales (inserción laboral de la mujer, mayores niveles educativos, etc.). Aunque en México el descenso de la fecundidad es diferenciado según escolaridad y lugar de residencia, podemos afirmar que ésta ha disminuido de forma constante al pasar de 7 hijos promedio por mujer en 1970 a 2.2 en 2014 y se espera que para el 2050 sea de 1.85.⁶

Es importante destacar que al interior del país existen importantes diferencias en cuanto a la velocidad del envejecimiento. Caso por excelencia es el de la capital del país la cual tiene la mayor proporción de adultos mayores. En 1990 la Ciudad de México tenía una proporción de personas mayores similar al porcentaje nacional (6.5%), su pirámide poblacional (Figura 2) tenía una estructura progresiva, con un predominio de la población menor de 30 años, aunque ya se empezaba a ver una disminución de la población menor de 10 años. Para el 2015 el porcentaje de personas mayores aumentó a 13.4% y se estima que estará por encima del 20% para el 2030 (ver Anexo 1).¹ Para este último año se espera que

la Ciudad tenga una pirámide poblacional en forma de bulbo, con una disminución de la población menor de 20 años de edad, con un creciente número de personas mayores, y con un mayor número de personas viviendo por encima de los 90 años de edad.

Figura 2: Pirámides Poblacionales. Ciudad de México 2015 y 2030



Fuente: Elaboración propia con base en cifras de CONAPO.

Si bien el hecho de que cada día más personas llegan a la vejez respecto a otras décadas es considerado como una consecuencia del éxito de los programas de desarrollo y avances de la medicina, una de las grandes interrogantes al hablar del envejecimiento es si las personas están viviendo más años con un buen estado de salud o no. De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, existen pocos estudios en este sentido en países de bajos y medianos ingresos y aquellos realizados en países de ingresos altos no presentan resultados uniformes y tienen limitantes metodológicas como son la falta de información, y de la definición de lo que se entiende por discapacidad, entre otras.⁸ Dificultando el panorama aún más, existe una gran diversidad entre los diferentes subgrupos que conforman a las personas mayores, ya sea por condiciones socioeconómicas, por edad (“viejos jóvenes” 60-74, viejos 75-84, o “viejos longevos” 85 y más), e incluso por género.† Pese a lo anterior, en general, podemos afirmar que la capacidad intrínseca de las personas, entendida como la combinación de capacidades físicas y mentales, disminuye con la edad y conforme envejecemos aumenta no solo el riesgo de fallecer, sino también de padecer diversos trastornos a la salud, la presencia de multimorbilidades, la discapacidad, y la pérdida de autonomía.⁸

† Esta clasificación de las personas mayores por edades también varía según el autor y el contexto. Se señala esta clasificación a modo de ejemplo.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que 46% de las personas mayores tiene alguna discapacidad que limita su independencia y capacidad para el autocuidado.² Es importante destacar que la presencia de discapacidad es distinta a la dependencia ya que esta última se refiere a la necesidad de ayuda o asistencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).⁹ Sin embargo, tanto el envejecimiento, como la discapacidad, y la dependencia están estrechamente relacionadas ya que el número de personas con discapacidad aumenta con la edad y, en la mayoría de los casos, se traduce en una situación de dependencia.¹⁰

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT 2012) en México 47.8% de las personas mayores tenía alguna discapacidad y 26.8% reportó tener alguna limitación para realizar actividades de autocuidado como caminar y vestirse, y 5% presentaron una condición de dependencia total para el autocuidado.¹¹ Al igual que lo observado en otros grupos etarios, la prevalencia de la discapacidad es mayor entre las personas mayores en pobreza. Sin embargo, a diferencia de lo observado en grupos de edad más jóvenes, las mujeres de sesenta años tienen mayor prevalencia y severidad de discapacidad.¹¹ A modo de ejemplo podemos señalar que en México 3 de cada 10 mujeres adultas mayores tienen dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria frente a 2 de cada 10 hombres de la misma edad.¹¹

Si bien resulta fundamental promover políticas y sistemas de salud que apunten hacia generar un envejecimiento saludable, lo cierto es que el hecho de que entre el 2000 y el 2050 el número de personas de 80 años y más prácticamente se cuadruplicará y sin duda vendrá acompañado de un mayor número de casos de personas mayores en situación de dependencia.¹² La OMS estima que para el 2050 el número de personas mayores en países en desarrollo que no puedan valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro y muchas de estas personas requerirán alguna forma de asistencia o cuidado a largo plazo (CLP).⁸

De acuerdo con la OMS, en los países de ingresos bajos y medios hay infraestructura limitada, o inexistente, para proveer cuidados a largo plazo.⁸ Por ende, la responsabilidad recae sobre las familias quienes no siempre tienen la capacitación necesaria para proporcionar la atención necesaria, y en muchas ocasiones requiere que un miembro de la familia, que por lo general son las mujeres, se dedique de forma exclusiva a las tareas del cuidado.^{10,13}

Aunque México se encuentra entre las veinte economías más grandes del mundo y en los últimos años ha aumentado de manera importante el número de personas mayores afiliados a algún servicio médico

(52.9% en el 2000 a 83.3% en 2012), en el país todavía no existe un sistema de cuidados a largo plazo.¹³ Se estima que en México el 80% del cuidado de personas mayores lo realizan miembros cercanos de la familia, 11% de otras personas no familiares, y 6% no recibe cuidados cuando se enferma, y que el 80% del tiempo dedicado al cuidado de este sector poblacional es realizado por mujeres.^{13, 14}

III. Marco Teórico

En este apartado, se profundiza sobre el marco teórico utilizado a lo largo del presente trabajo. Este apartado está dividido en función de los principales ejes temáticos relevantes para la realización del estudio, a saber: a) definición del envejecimiento y la persona mayor, b) diversidad en el envejecimiento, estado de salud, discapacidad y dependencia, c) sistemas de cuidados a largo plazo y d) tipología de sistemas de cuidados a largo plazo.

¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un tema que ha cautivado la imaginación y la curiosidad de muchos desde tiempos inmemorables. Pese a este ancestral interés, hoy en día no hay una definición consensuada sobre lo que significa envejecer y tampoco existe un único criterio para establecer cuándo una persona debe ser considerada como una persona mayor.

Desde una perspectiva biológica, existen numerosas teorías que buscan explicar el fenómeno del envejecer. En general, coinciden en señalar que el envejecimiento es un proceso complejo, universal en todos los seres humanos, y que es producto de factores ambientales, conductuales y fisiológicos que disminuyen la funcionalidad y finalmente sobreviene en la muerte.^{15,16,17,18} Dos son los principales rubros en los cuales pueden clasificarse las teorías que buscan explicar este fenómeno. Por un lado se encuentran las teorías que señalan que el envejecimiento es un proceso evolutivo y programado genéticamente para regular la reproducción y muerte celular (e.g. teoría de longevidad programada, endócrina e inmunológica, entre otras).^{16,17} Por otro lado están las teorías del error, las cuáles enfatizan los efectos ambientales que producen una acumulación de daños a distintos niveles del organismo que provocan el envejecimiento (teoría del daño del ADN somático, radicales libres, entre otras).¹⁶

Si bien hay una serie de cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, como la disminución de capacidad motriz (e.g. pérdida de masa muscular y densidad ósea), de las funciones sensoriales (e.g.

menor capacidad auditiva y agudeza visual) y de las funciones cognitivas (e.g. pérdida de memoria), entre otras, este proceso no es lineal y no necesariamente está asociado a la edad cronológica.¹⁹ En parte, como señalado con anterioridad, esto se debe a que el envejecimiento está asociado a una serie de factores ambientales, genéticos y de comportamiento. Por ejemplo, una persona que ha vivido en condiciones de pobreza, desnutrición, y sedentarismo o que consume tabaco probablemente tendrá un proceso de envejecimiento más acelerado que una expuesta a entornos y hábitos más saludables. Por tanto, aunque después de los sesenta años se observan mayores cargas de discapacidad y muerte que en grupos etarios más jóvenes, puede haber personas mayores de sesenta años de edad con niveles de capacidad física y mental similares a los de personas más jóvenes.⁸

Dificultando la tarea de definir lo que es el envejecimiento y lo que entendemos por “adulto mayor”, “persona de la tercera edad” o “viejo” es que esta definición no sólo depende de este inevitable proceso biológico. Nuestra concepción del envejecimiento es también una construcción social asociada a cambios en los estilos de vida y en la función social de las personas.²⁰

Aunque la edad cronológica no es decisiva sobre el proceso de envejecimiento, esta es una de las definiciones más utilizadas por las sociedades para clasificar a su población en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.²¹ Se utiliza este criterio ya que es una variable notificada con gran frecuencia y que puede ser tabulada con relativa facilidad con otras variables (e.g. económicas y sociales) para la creación de políticas y programas para grupos de personas con necesidades similares e incluso para realizar comparativos entre poblaciones. A modo de ejemplo, podemos señalar que estos criterios sirven para definir cuándo deben ingresar los niños a la escuela y cómo organizar el sistema educativo, regular cuándo es apropiado que los jóvenes empiecen a trabajar, o cuándo pueden ser las personas sujetos de jubilaciones y pensiones, entre otras. Hoy en día, la edad adoptada por la mayoría de los países desarrollados para definir quién es un adulto mayor son los 65 años de edad.²² Sin embargo, esta no necesariamente se adapta a las realidades de todos los países. Caso por excelencia es el de los países de África Subshariana ya que, según datos del Banco Mundial, en 2014 la esperanza de vida fue de 58.6. Por tanto, el criterio de 65 años no se adapta a la realidad de todos los países.

Hasta el momento, no existe consenso para definir cuándo debe considerarse a una población como envejecida. Dos criterios suelen ser utilizados. El primero es a partir de la proporción de personas mayores bajo el cual algunos autores sugieren que una población que tiene entre 10 y 15% de adultos mayores puede ser considerada como envejecida.²³ El segundo es a partir de la mediana de edad, donde se considera que una población es envejecida si tiene una mediana de edad mayor a 30 años.²³

Finalmente, cabe señalar la existencia de dos indicadores adicionales utilizado para el estudio de las dinámicas demográficas. Uno es el índice de envejecimiento, que se calcula como el número de personas mayores entre el número de personas menores de 15 años de edad. El otro es el índice de dependencia de adultos mayores, que se calcula como el número de adultos mayores entre el número de personas en edad productiva (e.g. 15 a 64 años).

Pese a la existencia de estos criterios cronológicos y demográficos, las personas pueden asociar la vejez con distintas edades debido a la construcción o imagen que cada una tiene sobre esta etapa de la vida. Dos paradigmas han imperado en cuanto a la construcción social de la vejez.

Por un lado esta etapa de la vida es asociada a una visión negativa caracterizada por carencias económicas y físicas, y pérdida de funciones sociales. Es por esto que por ejemplo, es probable que un atleta considere que una persona es vieja a los 40 años de edad o antes pues es cuando sus posibilidades de ser competitivo en su ámbito profesional disminuye. Asimismo, una mujer puede ser considerada vieja en el momento en que deje de estar en edad reproductiva. Sin embargo, esto también puede funcionar a la inversa ya que hay personas de 65 años o más que no se identifican a sí mismos como adultos mayores, pues todavía gozan de un excelente estado de salud y ambiciones profesionales o individuales. Prueba contundente de esto último es que en la campaña presidencial para la presidencia de los Estados Unidos en el 2016 los dos candidatos en la contienda eran mayores de 65 años.

Por otro, la segunda visión que existe es la de la persona mayor como un ser valorado positivamente por su sabiduría y experiencia y como sujetos socialmente respetados y valorados bajo el principio de “piedad filial”.^{24,25,26} Tradicionalmente, esta visión era atribuida a culturas orientales. Sin embargo, estudios recientes señalan que los estereotipos negativos de la vejez cada vez son más frecuentes en las naciones asiáticas.²⁷

En México ambos paradigmas se encuentran presentes. En el apartado sobre envejecimiento del estudio Los mexicanos vistos por sí mismos se solicitó a las personas entrevistadas identificar tres palabras que asocian con el concepto de “adulto mayor”. Las valoraciones negativas predominaron en este estudio, especialmente en cuanto a la apariencia física de los adultos mayores (83%), sus condiciones sociales (29.1%) y actitudes, como el maltrato, hacia esta población (12.1%). En contraste, las positivas se relacionaron con factores como la experiencia, la sabiduría y el respeto (56%).²⁰

Con el auge del enfoque de derechos humanos, en años recientes se ha buscado fortalecer la visión positiva del envejecimiento al reconocer a la persona mayor como un sujeto de derecho.²⁴ Bajo este

enfoque, las personas mayores dejan de ser solo beneficiarias de asistencia y se reconoce su derecho a ser autónomas, a desarrollarse como individuos, a contribuir a la sociedad, y a la obligación del Estado y de la sociedad de eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.²⁴

Por lo anterior, podemos concluir que definir al sujeto de estudio del presente trabajo no es una tarea menor. Debido a que el foco del presente trabajo es el caso mexicano, se entenderá como persona mayor a las personas de sesenta años o más ya que es la definición adoptada en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; sin embargo, como se verá más adelante, este criterio no es el utilizado para todas las políticas y programas gubernamentales en el país.

Diversidad en el envejecimiento: estado de salud, discapacidad y dependencia

Como señalado anteriormente, uno de los grandes cuestionamientos al hablar del envejecimiento es el referente a si las personas están viviendo más años con menores o mayores niveles de salud. De acuerdo a algunos autores, las personas están viviendo más años con mejor salud, por lo que la discapacidad y la enfermedad ocurren a edades más tardías. Ejemplo de esto son los Estados Unidos, España y Japón, entre otros, donde se observa una reducción de prevalencia de la discapacidad severa.²⁸ Otros autores sostienen que las sociedades se encaminan hacia alcanzar un “equilibrio dinámico” en el cual disminuye la morbilidad severa, aumenta la morbilidad leve, disminuye la demanda de servicios por la contracción de la población joven, y al final se mantendrá constante la demanda de servicios de salud que tienen las poblaciones.²⁸

Desafortunadamente, la evidencia todavía no es clara en relación a esto, y existen grandes diferencias entre países y al interior de los mismos en cuanto a los años de vida saludable. A modo de ejemplo podemos citar datos del Global Age Watch Index 2015 en el cual se señala que en Suiza una persona de sesenta años tiene una esperanza de vida de 25 años y de estos vivirá saludable 19, en contraste en Afganistán la esperanza de vida a los sesenta es de 16 años y sólo 9.3 serán vividos de forma saludable.²⁹ Según este mismo índice, en el caso de México las personas de sesenta años tienen una esperanza de vida de 22 años pero sólo vivirán 17.3 en buen estado de salud.²⁹

Independientemente de esta discusión, lo que sí sabemos es que, de acuerdo con el Informe Mundial sobre la Discapacidad, el número de personas a nivel mundial con discapacidad está aumentando. Las dos principales causas de este aumento son el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

Esto último está en consonancia con el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud el cual señala que con la edad es común que las personas padezcan varias enfermedades crónicas al mismo tiempo; situación que incide de manera importante sobre la salud del adulto mayor pues las distintas condiciones de salud de la persona mayor y los tratamientos para los mismos pueden provocar interacciones relacionadas con la polimedicación o polifarmacia que abonen a la disminución de la calidad de vida y el funcionamiento, y aumenta el riesgo de mortalidad y de utilización de servicios de salud.

Existen diversas definiciones sobre lo que es la discapacidad, y en años recientes se ha procurado sustituir este término por el de funcionalidad o capacidades intrínsecas. Para el presente trabajo se utilizará la de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que define a la discapacidad como “un término genérico que abarca todas las deficiencias, limitaciones para realizar actividades y restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).”³⁰

Por tanto, la discapacidad hace referencia a dificultades en tres áreas del funcionamiento: a) deficiencias, entendidas como problemas o alteraciones en la función o estructura, b) limitaciones en la actividad, por ejemplo dificultades para caminar, y c) restricciones de participación en cualquier ámbito de la vida.³⁰ Utilizamos esta definición ya que engloba tanto la perspectiva médica-rehabilitadora de la discapacidad como un factor individual debido a un problema de salud y la social donde se incorpora el contexto social; aunque se reconoce que las definiciones nacionales pueden utilizar otros criterios.¹⁰ Debido a que a mayor edad el riesgo de discapacidad aumenta, la proporción de personas mayores con discapacidad es mayor en comparación con el porcentaje de la población que conforma este grupo etario.

Es importante destacar que la presencia de discapacidad es distinta a la dependencia ya que esta última se refiere a la necesidad de ayuda o asistencia para realizar actividades de la vida diaria (AVD).⁹ Para el estudio de la dependencia se han identificado tres grupos de AVD. El primero es el de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Las ABVD se refieren a actividades que son universales para todas las personas, indistintamente de contextos culturales o roles de género, como comer, contener esfínteres, asearse, caminar y vestirse.^{31,32} El segundo es el de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) el cual hace referencia a funciones que permiten a las personas ser independientes en la comunidad. Ejemplos de AIVD son: ir de compras, cocinar, y realizar

la limpieza del hogar, entre otras.³¹ Finalmente, el tercero es el de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) el cual considera actividades complejas como el ocio, los deportes, el trabajo, etc.³¹

En el presente trabajo nos referiremos a esta necesidad de ayuda o asistencia para realizar las AVD como necesidad de cuidados. Asimismo, se asume que la actividad de cuidar es fundamental para lograr el mantenimiento del más alto grado de salud posible de la persona con dependencia, que requiere de tiempo y esfuerzo por parte del cuidador, y que implica el desarrollo de conocimientos y habilidades.

Los Sistemas de Cuidados a Largo Plazo y su importancia

La OMS define a los CLP como “las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca, o corren riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.”⁸ Estas actividades de cuidados pueden realizarse por individuos u organizaciones que pueden formar parte de un sistema de CLP, el cual es definido por la OMS como “el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”.³³ Partiendo de estas definiciones, tres consideraciones deben destacarse.

La primera es que los sistemas de CLP no son exclusivos para personas mayores. No obstante, de acuerdo con la OCDE menos del 1% de la población menor de 65 años utiliza servicios de CLP.³⁴ Por tanto, podemos concluir que las personas mayores son los principales usuarios de estos servicios.

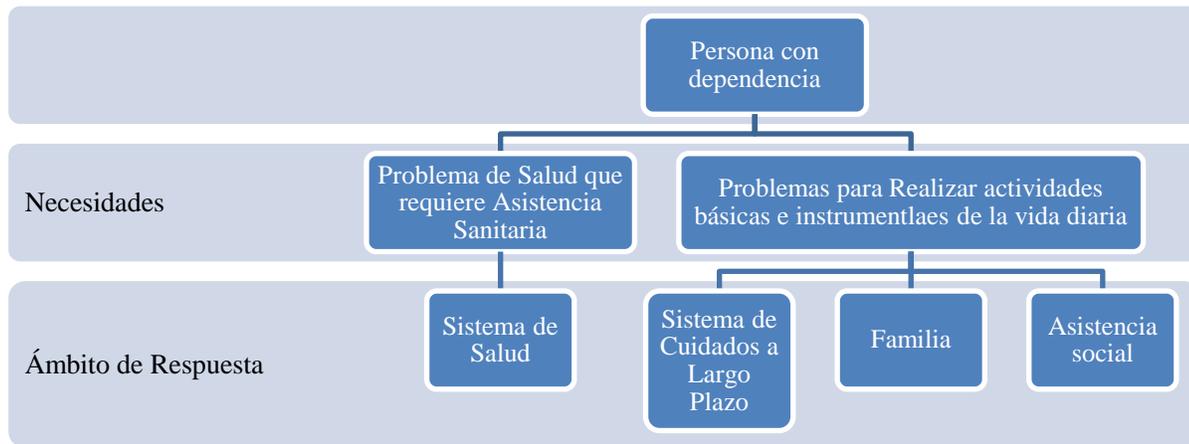
En segundo lugar, estas definiciones reconocen que si bien la persona que recibe CLP ha sufrido un deterioro en sus capacidades intrínsecas, ésta todavía tiene un proyecto de vida y tiene derecho de ejercer en plenitud su libertad y derechos. Esta visión es compatible con lo establecido en diversos instrumentos internacionales, desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, hasta algunos más recientes como la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Finalmente, siguiendo este mismo enfoque, observamos que los sistemas de CLP se sitúan en un punto incómodo entre los sistemas de salud, los servicios sociales y la esfera familiar. Esto se debe a que mantener “el más alto nivel de calidad de vida posible” implica actuar sobre una amplia esfera de áreas y necesidades que tienen las personas con dependencia. Por lo general, se ha entendido y dado respuesta a esta situación a partir de una conceptualización que divide las necesidades de las personas con dependencia entre aquellas relacionadas con la asistencia sanitaria, y aquellas de apoyo para realizar actividades básicas (como cocinar, vestirse o asearse) o incluso instrumentales de la vida diaria (ir de compras, pagar cuentas, etc.).

El primer grupo de necesidades han sido históricamente atendidas a través de los sistemas de salud y bajo el amparo del reconocido derecho a la salud de las personas. Sin embargo, no existe la misma claridad para la atención del segundo grupo de necesidades, a las cuales nos referiremos como “necesidades de cuidado” a falta de una mejor terminología (Figura 3) Estas necesidades engloban tanto la realización de tareas personales (vestirse, asearse, entre otras) como del hogar (limpieza, cocinar, etc.).

El derecho a recibir cuidados, especialmente en el caso de las personas mayores, no es universalmente reconocido y la acción de cuidar se ha identificado como un asunto de responsabilidad familiar.³⁵ Bajo esta perspectiva la provisión pública de cuidado se otorga a través de la asistencia social.³⁶ Si bien profundizar sobre la importancia del reconocimiento del derecho al cuidado y sobre el papel de la familia y el Estado en la provisión del mismo excede al presente documento,³⁷ en aquellos países donde se reconoce la necesidad pública de proveer servicios de cuidados a las personas con dependencia se han creado los sistemas de CLP.

Figura 3: Conceptualización tradicional de necesidades asistenciales de las personas con dependencia

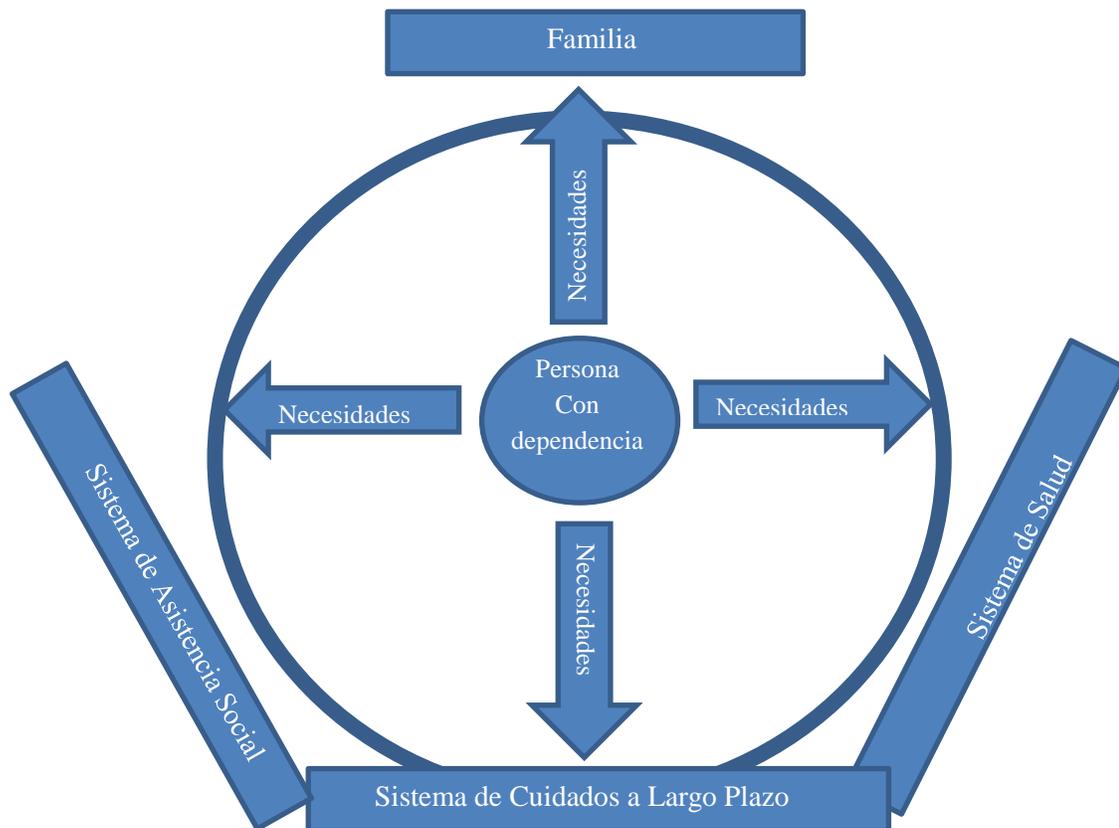


Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, desde la perspectiva de la persona que depende del cuidado de otros resulta arbitraria esta diferenciación de necesidades. Para ellos, el apoyo que requieren y su interacción con distintos profesionales y personas que lo apoyan (médicos, enfermeras o trabajadores sociales) es parte de la atención de sus necesidades producto de una situación de salud que se traduce en pérdida de capacidades. Por lo que se debe promover la creación de un modelo de CLP centrados en la persona y que apoye la articulación de los distintos servicios que recibe la persona, sus cuidadores y de su familia (Figura 4).

El estudio de los sistemas y políticas de CLP es relativamente reciente (finales del siglo XX) en comparación con otros temas de política social, como la salud, la educación, y el desempleo.³⁸ No obstante, su importancia puede analizarse desde diversas perspectivas. Sin ser exhaustiva la siguiente propuesta, se sugiere tomar en consideración para dimensionar su importancia el número de personas que requieren y que utilizan CLP, el costo que representan estos sistemas y las consecuencias sociales e individuales que tiene la ausencia de un sistema de CLP.

Figura 4: Conceptualización integral de necesidades asistenciales de las personas con dependencia y servicios utilizados



Fuente:

Elaboración propia.

Estimar el número de personas mayores en el mundo que dependen del cuidado de otros presenta retos metodológicos importantes. Por un lado, son pocos los países que reportan estas cifras; por lo general estos son países desarrollados y con sistemas de CLP bien establecidos, de tal forma que todavía hace falta tener más información sobre la situación en países en desarrollo. Por otro lado, existen distintos criterios definidos nacionalmente para establecer si una persona requiere o no de CLP; situación que dificulta realizar comparativos internacionales y que se traduce en diferencias importantes en los resultados dependiendo de la metodología utilizada para realizar estas estimaciones.

Para el presente trabajo y con el objetivo de dimensionar la necesidad de CLP, retomamos las cifras presentadas en dos encuestas. La primera es la “Encuesta para el estudio sobre el envejecimiento global y la salud del adulto mayor” (SAGE, por sus siglas en inglés) según la cual entre 20% y 60% de las personas de 65-74 años, y entre 35% y 80% en aquellas de 75 años o mayores tenían algún grado de dependencia. La segunda es la “Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa” (SHARE

por sus siglas en inglés) que arrojaba para el mismo grupo etario cifras menores: entre 5% y 20% para las personas mayores de 65-74 años, y entre 15% y poco más del 30% para las de 75 años y más. Cabe destacar que la encuesta SHARE se realizó en países europeos y las cifras de SAGE corresponden a casos de países en desarrollo (China, México, Federación de Rusia, Sudáfrica, Ghana e India); por lo que la mayor presencia de personas con limitaciones para realizar al menos una ABV puede responder al menor desarrollo socioeconómico de estos países. En el caso de México, la ENSANUT 2012, utilizando las escala de Katz y de Lawton, reportó cifras más parecidas a la encuesta SAGE pues señaló que 26.9% de los adultos de 60 años o más tenía dificultades para realizar ABVD.^{11,12,39} En cuanto a la población de personas mayores con dependencia total en el país, las encuestas nacionales realizadas (ENSANUT y Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, ELCOS 2012) señalan que entre 5% y 10% de la población de personas mayores se encuentran en esta situación.^{11,40}

En relación al uso de servicios de CLP, la OCDE señala que el porcentaje de la población de 65 años o más que utilizan estos servicios en instituciones que no son hospitales oscila entre 1.3% y 8.8%.⁴¹ Según este mismo organismo, los usuarios de servicios de CLP formales en el hogar (entendidos como financiados con fuentes públicas o privadas) oscila para este mismo grupo etario entre 0.7% y 19%.⁴¹

En cuanto a sus costos, es importante señalar que existen dificultades metodológicas para realizar comparativos. Por un lado, son pocos los países que tienen porcentaje de su gasto público dedicado de forma exclusiva o etiquetada para los servicios de CLP, por lo que resulta difícil separar el porcentaje del presupuesto de salud o de la asistencia social dedicado a este rubro. Asimismo, la división de responsabilidades entre autoridades nacionales y locales dificulta la tarea de contar con información fehaciente sobre el gasto público total. Por otro lado, es importante destacar que los países ofrecen distintos servicios en sus sistemas de CLP, diferentes estándares de calidad y esquemas organizativos que pueden explicar el por qué algunos tienen gastos públicos más elevados que otros en esta materia y, por ende, no necesariamente sean comparables los niveles de gasto.^{8,42}

Pese a estas limitaciones, los estudios que se han realizado sobre el tema señalan que los servicios de CLP representan un porcentaje todavía limitado del gasto público en relación al PIB, aunque hay variaciones importantes. Por ejemplo, en el caso de la Unión Europea, el gasto público en CLP en 2010 representó en promedio 1.8% del PIB, siendo la cifra más baja la de Chipre (0.2%) y la más alta Dinamarca (2.5%).⁴³ A su vez, la OCDE estima que para ese mismo año el promedio del gasto público en CLP fue de 0.8% del PIB para todos los estados miembro de esta organización y de 0.1% para los países del bloque BRIICS.⁴⁴ Se espera que este gasto mantenga un crecimiento sostenido de tal forma

que para el 2050 se duplicará en la Unión Europea,⁴⁵ y aumentará para el 2060 a 1.6% en la OCDE y a 0.9% en los países BRIICS.⁴⁴

En países de ingresos bajos y medios, como es el caso de México, no suele haber infraestructura, o la que existe es insuficiente, para proveer CLP; por tanto, esta responsabilidad recae principalmente en las redes horizontales, en particular en las familias.¹⁰ Esto no quiere decir que en los países con sistemas públicos de CLP consolidados no exista este tipo de apoyo; como se verá más adelante, este está presente como complemento a lo ofertado en el sector público o para la población que, por distintas razones, no es usuaria de los servicios públicos o privados para CLP.

Si bien existen numerosas definiciones y conceptualizaciones de lo que es una red social, podemos señalar como elementos fundamentales para su comprensión el hecho de que son intercambios no institucionalizados entre personas o grupos, que tienen como fin último resolver un problema en específico, y que operan bajo ciertas condiciones de cercanía física, confianza, voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas y familiaridad mutua.⁴⁶ Las redes horizontales se llevan a cabo entre iguales, es decir a partir de relaciones de parentesco, amistad o vecindad. Estas juegan un papel importante en cuanto a la salud ya que sirven no sólo para la transferencia de conocimientos, sino que sobre ellas descansan las posibilidades de contar con cuidados ante una situación de dependencia y enfermedad.

Los cuidados provistos por las redes horizontales de las personas es conocido en la literatura como cuidado informal y se define como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no tienen una relación contractual por la ayuda que ofrecen.⁴⁷ El cuidado informal es una relación que se establece como resultado de prácticas sociales aceptadas y que puede entenderse como un pacto, no escrito, de derechos y deberes que vinculan al cuidador con la persona dependiente.¹⁰ Es decir, la relación de cuidado está en constante transformación ya que está condicionada por las prácticas sociales aceptadas (como la distribución de responsabilidades en el hogar) y políticas públicas (como el reconocimiento explícito de derecho a cuidar y ser cuidado, y la definición del grado de responsabilidad que se asume desde el espacio público).

En general, las mujeres son las principales proveedoras de cuidados informales en todo el mundo, por lo que se considera un trabajo feminizado. En la región de las Américas, el 90% de los cuidados no remunerados son realizados por mujeres⁴⁸ y en estudios realizados en la última década del siglo XX señalan que, en términos de parentesco, las hijas y las esposas son las principales cuidadoras, y entre

las hijas las solteras, las que no tienen hijos pequeños y las que habitan en el mismo hogar que la persona mayor, son las que asumen esta responsabilidad.^{49,50} En México se observa este mismo patrón ya que, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2013 las mujeres dedicaron en promedio 36.3 horas a labores domésticas y de cuidados de personas mayores de 12 años, mientras que los hombres dedicaron 11.5.⁵¹ Es por lo anterior que resulta fundamental contar con un enfoque de género al estudiar los CLP.

El cuidado informal también tiene un costo asociado, aunque no siempre se mida. En el caso de México el INEGI estima que en 2014 el valor de trabajo no remunerado en cuidados de salud fue de 174.5 mil millones de pesos; cifra que representa el 1% del PIB nacional y 19.2% del PIB ampliado del sector salud.⁵² Esta cifra es significativa si se toma como punto de referencia que los servicios hospitalarios representaron en ese mismo año el 1.2% del PIB nacional.⁵²

El hecho de que el cuidado de las personas mayores con dependencia recaiga principalmente en los cuidados informales tiene implicaciones y consecuencias significativas, principalmente sobre el individuo que funge como cuidador principal, aunque también para las familias y la sociedad en su conjunto.

En el caso del cuidador principal, en términos psicológicos y emocionales, se observa que están sujetos a constante estrés y que suelen padecer del denominado síndrome de burnout (caracterizado por agotamiento emocional y despersonalización en el trato con la tarea que realizan entre otros factores); asimismo, se estima que el 43% de los cuidadores informales muestran síntomas de depresión y ansiedad.^{53,54,55} Estrechamente relacionado con lo anterior es el hecho de que la vida social de los cuidadores suele disminuir, o incluso reducirse exclusivamente a sus actividades de cuidado, y a que las actividades de autocuidado no son realizadas, lo que a su vez tiene efectos negativos sobre la salud física del cuidador.⁵⁶ Sin embargo, también hay efectos positivos de carácter psicosocial pues suele haber satisfacción por el cuidado realizado y desarrollo de empatía.⁵⁷ Finalmente, cabe destacar las consecuencias económicas de asumir este papel ya que la productividad laboral del cuidador disminuye como consecuencia del tiempo que dedican a las actividades de cuidado, o incluso se traduce en la interrupción de muchas carreras laborales.⁵⁷

Por su parte, las familias también se ven afectadas por esta situación, dado que tiene entre las principales consecuencias un impacto económico. Lo anterior debido a que, según la Organización Panamericana de la Salud, en la región de las Américas las familias con personas mayores dependientes

utilizan hasta el 20% de su ingreso para proporcionar cuidados a una persona mayor.⁵⁸ El *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* arroja cifras similares pues estima que en Europa los pagos directos de las personas mayores representa entre 9.6% y 25% del ingreso de sus hogares.⁸ A su vez, el hecho de que los cuidadores disminuyan sus horas de trabajo en el mercado laboral, o que abandonen el mismo para realizar las actividades de cuidado repercuten en el largo plazo sobre las familias dado que disminuyen el ingreso del hogar y el número de horas que los cuidadores cotizan en la seguridad social para asegurar sus pensiones y garantizar su propio cuidado durante la vejez.

Resulta fundamental contextualizar estas consecuencias de la ausencia de un sistema de CLP público bajo la noción de inequidades; es decir de desigualdades evitables. Como señalado previamente, la necesidad de CLP es una realidad innegable y se espera que continúe creciendo en los próximos años. Por tanto, de no existir un sistema público para apoyar a las personas que requieren del cuidado de otros, las personas tienen dos opciones: o acceden a un servicio privado, o absorben en el seno de la familia la responsabilidad a través del cuidado informal. Por tanto, solo aquellas familias con capacidad de pago tienen la posibilidad de amortiguar o disminuir las consecuencias anteriormente descritas del cuidado informal y de acceder a profesionales calificados para la atención de las necesidades del familiar que requiere apoyo.

Las consecuencias sociales e individuales que tiene la falta de un sistema de CLP, aunado al hecho de que la actual tendencia de envejecimiento poblacional se traducirá en un mayor número de personas que requerirán en algún momento de su vida de cuidados para realizar ABVD y AIVD, nos permite concluir que la falta de un sistema de CLP es un problema público. Es un problema público ya que, siguiendo a Dery, es una necesidad y una oportunidad de desarrollo que no están resueltas y que pueden alcanzarse a través de la acción del Estado, la acción pública.⁵⁹

Antes de continuar con el análisis de los sistemas de CLP consideramos que es fundamental señalar que en este estudio se utilizará, un enfoque basado en los derechos humanos (EBDH). Es decir, se tomará como premisa que el objetivo de los programas y políticas de salud es el ejercicio del derecho humano a tener el más alto nivel de salud posible y reconociendo que el ejercicio de este derecho está asociado a una gama amplia de factores socioeconómicos que condicionan la salud de las personas (determinantes sociales de la salud, DSS). Partiendo de esta noción, se toma como premisa el hecho de que un sistema de cuidados a largo plazo debe considerar no sólo la atención a los problemas de salud específico que tengan las personas mayores, sino también otras necesidades (e.g. movilidad,

entretenimiento, alimentación, apoyo emocional, etc.) que determinan e inciden sobre su salud y que deben ser atendidas para el ejercicio pleno de sus derechos, individualidad y autonomía.

IV. Planteamiento del Problema

La estructura poblacional de México, y de la Ciudad de México en particular, está cambiando. Hoy en día (2017) el 10.5% de la población en el país y 14.2% en la capital está conformado por personas de sesenta años o mayores, y se espera que para el 2050 este grupo etario pase a representar alrededor de una cuarta parte de la población total del país.¹ Considerando que una población se puede caracterizar como envejecida si entre 10 y 15% de sus habitantes son personas mayores,²³ podemos afirmar que la Ciudad de México ya puede ser categorizada como envejecida y que en pocos años todo el país estará en dicha situación.²⁰

Si bien lo deseable es promover políticas públicas que fomenten un envejecimiento saludable y posterguen la discapacidad y la dependencia, lo cierto es que cada día habrá más personas mayores en México que requerirán apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En 2012, según la ENSANUT, el 47.8% de las personas mayores en el país reportaron tener alguna discapacidad, 26.8% señaló tener alguna limitación para realizar actividades de autocuidado y 5% presentó una condición de dependencia total para el autocuidado.¹¹ En ese mismo año, la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS), señaló que en 5.2% de los hogares urbanos mexicanos viven personas con algún tipo de limitación física o mental que les impide valerse por sí mismas y que requieren de cuidados permanentes; de estas personas el 67.9% eran personas mayores.⁴⁰

En México, sólo 30% de la población considera que el envejecimiento es un problema mayor; situación contrastante con lo observado en países como Japón y Corea del Sur, entre otros, donde 87% y 79% de sus habitantes, respectivamente, caracterizan como un problema mayor el envejecimiento.⁶⁰ Pese a esta percepción, existen diversos estudios que reconocen que el envejecimiento antes descrito presenta retos sociales de gran envergadura en las distintas esferas de la política pública y de las sociedades. Principalmente, hacen referencia al hecho de que el envejecimiento presenta desafíos para las políticas sociales y sanitarias del país ya que, como ha sido ampliamente documentado y como fue detallado en el marco teórico, a mayor edad aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia. En 2012, el 47.8% de las personas mayores en el país reportaron alguna discapacidad, 26.8% señaló tener alguna limitación para realizar actividades de autocuidado y 5% presentó una condición de dependencia total para el autocuidado.¹¹

A diferencia de lo observado en países desarrollados, en México no existe un sistema de CLP para las personas mayores con dependencia, ni una política pública sobre la materia. Por tanto, la responsabilidad de proveer cuidados recae principalmente en las familias (80% de acuerdo a algunas estimaciones).⁶⁰ Esta situación es preocupante por dos razones. La primera es que se traduce en inequidades ya que sólo las familias con capacidad de pago tienen la posibilidad de proporcionar a sus familiares con 60 años o más con cuidados impartidos por profesionales. La segunda es que en aquellas familias que no tienen la posibilidad de pagar por servicios de cuidados una persona, por lo general una mujer, asume las actividades del cuidado, lo que se traduce en la salida de la fuerza laboral de esta persona, que deje de cotizar en la seguridad social, y a su vez la labor de cuidados puede tener consecuencias sobre la salud de esta persona como depresión, síndrome de burnout, entre otras.

Reconociendo que las personas mayores son sujetos de derecho y que deben poder ejercer su derecho a ser autónomas, a desarrollarse como individuos, a contribuir a la sociedad, y a tener el mayor estado de salud posible, resulta fundamental que las sociedades adopten nuevos mecanismos para garantizar el CLP de esta población y que se eliminen las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.⁶¹

IV. Justificación

Algunos autores, coinciden en señalar que hoy en día las familias mexicanas ya están al máximo de sus capacidades para enfrentar la dependencia de las personas mayores.^{12,62} Asimismo, cambios demográficos y sociales, como la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, plantean importantes retos y presiones a las familias para continuar ejerciendo esta función de cuidados. Por ello invitan a la creación de nuevas fórmulas donde Estado y familia sean copartícipes del CLP.

El 5 de febrero de 2017 se promulgó la primera Constitución de la Ciudad de México. En dicha Carta Magna, se reconoce por primera vez que las personas tienen el derecho al cuidado y se visibiliza el tema de la dependencia. El inciso B del Artículo 9 de dicha Constitución señala que:⁶³

Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de

dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.

Para el ejercicio de este derecho y demás disposiciones de la Constitución, en los próximos años se deberán expedir las leyes secundarias y normas para la organización y funcionamiento de los Poderes públicos de la capital; entre estas las referentes al sistema de cuidados. Por tanto, el presente trabajo busca contribuir al debate y abonar a la reflexión sobre los elementos clave que deberán ser incluidos en estas futuras normativas y qué alternativas de políticas y programas públicos pueden desarrollarse para dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores en la capital del país.

V. Objetivos

Objetivo general: Elaborar una propuesta de estrategia para la creación de un sistema de cuidados a largo plazo en la Ciudad de México para el ejercicio efectivo del derecho al cuidado consagrado en la Constitución de la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

1. Analizar los fundamentos teóricos y estado del arte sobre envejecimiento, dependencia y las presiones que estos dos fenómenos ejercen sobre los servicios socio-sanitarios.
2. Identificar a partir del desarrollo y tendencias internacionales las dimensiones y elementos clave de los sistemas de CLP que deben tomarse en consideración al crear una nueva política o sistema de CLP.
3. Analizar la dimensión y necesidades de CLP de las personas mayores con dependencia en la Ciudad de México.
4. Identificar los programas, políticas y legislación existentes en Ciudad de México sobre los cuidados a largo plazo de personas mayores con dependencia a través de documentos oficiales, literatura gris, entrevistas a funcionarios claves, entre otras fuentes.

VI. Material y métodos

Se realizó un estudio utilizando métodos cualitativos sobre las políticas y programas existentes en la Ciudad de México dirigidas a personas mayores con dependencia. Se usó una metodología cualitativa

por tres razones. La primera es que un estudio cualitativo permitió comprender a mayor profundidad las características de los programas de atención a las personas mayores con dependencia, las barreras que existen para la implementación de programas de CLP, y las áreas de oportunidad para avanzar en el desarrollo de estos sistemas en la Ciudad de México. La segunda es que el tema de necesidades de CLP ha sido poco estudiado en México. Por ende, existen pocas bases de datos que puedan servir de fundamento para realizar un análisis cuantitativo con fuentes secundarias, y recabar dicha información requiere tener, por un lado, un panorama claro sobre las necesidades de información y, por otro lado, de recursos humanos y materiales que por el momento no están disponibles para este estudio. Finalmente, se utilizó esta metodología ya que resulta conveniente para comparar los elementos que tienen los programas y políticas existentes con los que debería de tener un tipo ideal de política pública sobre CLP de personas mayores.

Siguiendo los objetivos específicos planteados para el presente trabajo, a continuación se detallan los materiales, métodos e instrumentos utilizados. En primera instancia, se plantearon dos objetivos específicos referentes a la realización de una investigación documental. El primero de ellos es sobre los fundamentos teóricos sobre el envejecimiento, la dependencia y las presiones que estos dos fenómenos ejercen sobre los servicios sociosanitarios. Para ello se realizó un estudio descriptivo tomando como unidad de análisis artículos y otros documentos científicos sobre el campo de investigación antes señalado que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) ser publicados entre el año 2000 y el 2016, b) realizados en inglés o español. En esta búsqueda se excluyeron las tesis de licenciatura. Se buscó en primera instancia documentos publicados por organismos internacionales y de integración regional en países desarrollados como: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y la Comisión Europea (CE), entre otras. Posteriormente, se complementó la información recabada con estudios científicos específicos sobre las distintas áreas sobre las cuales fue necesario profundizar la información. Estos se identificaron a partir de lo referenciado por los documentos de los organismos internacionales y de buscadores especializados, como PubMed, LILACS, Embase, The Cochrane Library, Portales BVS, SciELO. Los resultados de esta investigación están contenidos en el apartado de Marco Teórico del presente documento.

Para el segundo objetivo específico, “Identificar a partir del desarrollo y tendencias internacionales los elementos clave de los sistemas de CLP que deben tomarse en consideración al crear una nueva política o sistema de CLP”, se realizaron las siguientes acciones:

1. Revisión de literatura para identificar los temas más relevantes presentes en la organización y provisión de servicios de CLP (Tabla 1). Para ello, se revisaron en primer lugar los documentos elaborados por organismos internacionales y de integración regional sobre el tema (agencias de Naciones Unidas, OCDE, y CE) desde el año 2000. Posteriormente se realizó una búsqueda de libros y artículos publicados desde entre 1990 y 2016 en las bases de datos de PubMed, WorldCat y Dialnet. Tras eliminar publicaciones repetidas y someter las mismas a un proceso de selección basado en dos criterios, que las publicaciones contuvieran un análisis teórico de los distintos elementos de los sistemas de CLP o una propuesta de clasificación de los mismos, se terminó trabajando con 11 publicaciones detalladas en el Anexo 3.

Tabla 1: Búsqueda en bases de datos de artículos y libros sobre sistemas y políticas de CLP publicados entre 1990 y 2016

Tabla 1: Búsqueda en bases de datos de artículos y libros sobre sistemas y políticas de CLP publicados entre 1990 y 2016

	PubMed	World Cat	Dialnet	TOTAL
Long term care system / Sistemas de cuidado(s) a largo plazo	131	757	5	893
Long term care policy / Políticas de cuidado(s) a largo plazo	105	1,131	0	1,236
Long term care policies / Políticas de cuidado(s) a largo plazo	43	347	2	392
Long term care typology / Tipología de cuidados a largo plazo / Clasificación de cuidados a largo plazo	50	0	0	50
Total	329	2,235	7	2,571

Fuente: Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia

2. A partir de la revisión de la literatura, se agruparon en 4 categorías los distintos temas considerados como cruciales o fundamentales para la organización de los sistemas de CLP. Se escogió agrupar en un número pequeño de categorías para facilitar el análisis y el estudio. Las categorías definidas fueron: criterios de elegibilidad; beneficios, servicios provistos y espacios para la provisión de la atención; ámbitos de responsabilidad; y financiamiento.

3. Finalmente, se realizó una búsqueda de casos para los distintos escenarios y combinaciones existentes dentro de las cuatro categorías consideradas. La mayoría de los casos utilizados fueron europeos o de la OCDE ya que son los países con sistemas de CLP consolidados y sobre los cuales hay diversos estudios e información disponible tanto en inglés como en español. Sin embargo, cuando la disponibilidad de la información lo permitió, se hizo referencia a casos de países en desarrollo para ejemplificar cómo países que apenas están consolidando sus sistemas de CLP han enfrentado algunas de las problemáticas o decisiones sobre la organización de sus sistemas de CLP.

En relación al tercer objetivo, analizar la dimensión y necesidades de CLP de las personas mayores con dependencia en la Ciudad de México, se realizó una investigación sobre las tendencias de envejecimiento y dependencia en México. Para ello se utilizó principalmente bases de datos y análisis de instancias gubernamentales mexicanas, como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012, las bases de datos del Consejo Nacional de Población y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y publicaciones del Instituto Nacional de Geriatría, entre otras.

Para el cuarto objetivo, se identificaron programas, políticas y legislación existentes en la Ciudad de México sobre los cuidados a largo plazo de personas mayores. Para esto se revisaron en primera instancia los documentos más generales, que son las distintas leyes y reglamentos que indican las obligaciones del Estado en la materia. Esto permitió identificar las instituciones y actores responsables en cuanto al cuidado de personas mayores. Asimismo, se revisaron los Programas Generales de Desarrollo del Distrito Federal para complementar la información encontrada con la revisión de los marcos legales. Una vez identificados los actores responsables, se revisaron sus portales en internet con miras a encontrar documentos oficiales y literatura gris sobre políticas y programas específicos sobre el tema, así como a los titulares responsables de la ejecución de los mismos. Este proceso fue complementado por una investigación documental en los buscadores especializados antes señalados con miras a encontrar otros programas y posibles evaluaciones de los mismos para complementar el análisis de la información encontrada. Esto permitió elaborar un mapeo de actores relevantes con interés y capacidad de acción sobre el problema. Cabe destacar que esta revisión se centró en los programas dirigidos a la población que no es derechohabiente de la Seguridad Social por dos razones: a) es la población más vulnerable y b) las instituciones de seguridad social no tienen la misma cantidad de documentación, evaluaciones y análisis disponibles al público.

Por último, para cumplir con el objetivo general, se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores claves. Para identificar a estos actores, se tomó como criterios de inclusión que fueran responsables de las políticas, programas o acciones institucionales referentes al cuidado y atención de personas mayores a nivel federal y de la Ciudad de México. Se contempló entrevistar a representantes de las siguientes instituciones:

1. Instituto Nacional de Geriatría (INGER)
2. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
3. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México (IAAM)
4. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Ciudad de México
5. Secretaría de Desarrollo Social D.F.
6. Secretaría de Salud del D.F. (en particular funcionarios de los programas: Clínica Geriátrica, y Médico en tu Casa).
7. Algún miembro de la Asamblea Legislativa del D.F.

Desafortunadamente, debido a cuestiones ajenas a este estudio, sólo fue posible realizar entrevistas a tres funcionarios: uno de nivel Federal (INGER) y dos de la Ciudad de México (IAAM y del Médico en tu Casa). A continuación se presenta un perfil de los actores entrevistados (Tabla 2).

Tabla 2: Perfil de los actores entrevistados

	Institución Adscripción	Unidad de Adscripción	Años en el Cargo
Actor 1	Instituto Nacional de Geriatría	Dirección General	9 años
Actor 2	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	El Médico en tu Casa	2 años.
Actor 3	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México	Coordinación de Gerontología	10 años

El objetivo de estas entrevistas fue conocer a mayor profundidad los programas que existen en la ciudad de México para el cuidado de las personas mayores con dependencia, las barreras que estos actores identifican para el establecimiento de un sistema de CLP para esta población, y las áreas de oportunidad que ellos identifican para avanzar en la creación de un sistema de CLP en la Ciudad de México. En el Anexo 3 se encuentra la guía detallada para las entrevistas que fue utilizada y diseñada específicamente para el proyecto.

Inicialmente, se contactó a los candidatos a entrevistar vía telefónica o correo electrónico para explicarles el objetivo de la entrevista, solicitar su anuencia para participar, y programar la fecha, horario y lugar de la entrevista. Se buscó que la entrevista se llevara a cabo un lugar conveniente para el entrevistado pero que garantizara condiciones mínimas de privacidad para realizar la misma. Se les envió con anterioridad la carta de consentimiento informado, que se encuentra en el Anexo 4, y se buscó asegurar su anonimato y consentimiento para grabar la entrevista.

Como ha sido señalado por Taylor y Bogdan, la recolección y análisis de los datos en la investigación cualitativa es un proceso constante y que se realiza en simultáneo.⁶⁴ Por tanto, fue un proceso realizado a lo largo de todo el proceso de investigación. Sin embargo, una vez finalizadas las entrevistas se transcribieron en un procesador de documentos (Word), se codificaron y buscó encontrar puntos de acuerdo y desacuerdo entre los participantes a través de la elaboración de una matriz temática según las cuatro dimensiones de los sistemas de cuidados a largo plazo para facilitar el análisis (Anexo 6).

VII. Consideraciones éticas

Las siguientes son las principales consideraciones éticas que se tuvieron a lo largo del trabajo:

- Para las entrevistas se obtuvo, sin excepción, una carta de consentimiento informado por escrito firmada por los participantes.
- Se garantizó a los entrevistados su anonimato y que la información y opiniones recabadas no se divulgarán ni mostrará a personas ajenas al estudio.
- No se alteró, falseó o ignoró información y opiniones proporcionadas por los entrevistados.
- No se obligó o presionó a los entrevistados para proporcionar información, ni se buscó inducir sus respuestas.
- En todo momento se garantizó y respetó la autoría de los textos y documentos citados para este estudio.

Finalmente, para fines de esta investigación, las consideraciones éticas ya mencionadas, atendieron los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; con el fin de resguardar la integridad y garantizar los derechos de cada participante por lo que se contó con la autorización del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

VIII. Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la investigación realizada. Para ello, se divide en dos secciones. En la primera sección se presentan los resultados de la investigación documental realizada para identificar los elementos clave de los sistemas de CLP que deben tomarse en consideración al crear una nueva política o sistema de CLP. En la segunda sección se presentan los resultados de la investigación sobre los programas, políticas y legislación existentes en Ciudad de México sobre los cuidados a largo plazo de personas mayores con dependencia y las entrevistas realizadas.

Dimensiones y elementos de los sistemas de CLP

Una de las áreas de políticas públicas que más está creciendo y que cada vez más atención recibe es el referente a los CLP.⁶⁵ Pese a que algunos países, principalmente en Europa, se empezaron a crear políticas y sistemas desde mediados de la segunda mitad del siglo XX, este ámbito se ha caracterizado por una baja institucionalización, poca sistematización, y baja producción académica y científica a diferencia de otros aspectos de las políticas sociales y de bienestar (como es el caso de salud y seguridad social).⁶⁵ Ejemplo de la falta de estudio que hay sobre el tema lo encontramos al hacer búsquedas en bases de datos de publicaciones académicas. A modo de ejemplo podemos señalar el caso de PUBMED donde al buscar la palabra clave en inglés “long-term care system (sistema de cuidados largo plazo) para el periodo de 1990 a diciembre de 2016, solamente encontramos 131 resultados en comparación con los 35,788 que arrojó la búsqueda de “health care system” (sistema de salud) para el mismo periodo.[‡]

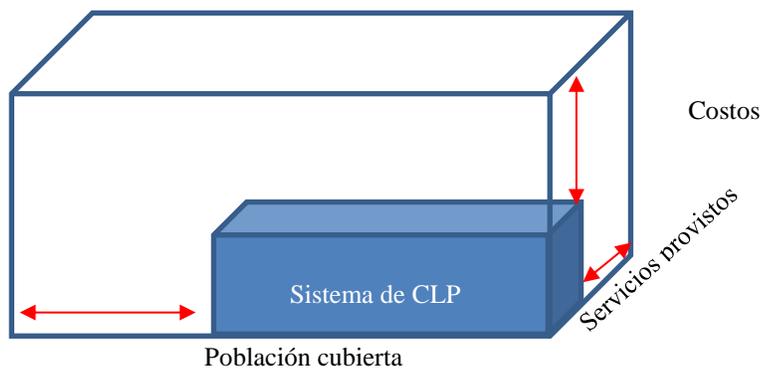
No existe un modelo único de sistema de CLP. Los países que cuentan con estos sistemas lo han hecho utilizando distintas fórmulas organizativas según sus contextos políticos, económicos y culturales. Asimismo, no hay una tipología universalmente aceptada para analizar las distintas configuraciones de los sistemas de CLP. Por lo general, la mayoría de los estudios sobre estos sistemas se centra en algún elemento específico de estos, como el financiamiento o la calidad de la atención, entre otros. Entre

[‡] Búsqueda realizada el 10 de enero de 2017.

aquellos trabajos publicados entre 1990 y el 2016 que presentan una propuesta de clasificación se encuentran los detallados en el Anexo 3.

Ante este escenario, resulta pertinente realizar un análisis desagregado, y desde una perspectiva de política comparada, de los distintos elementos que los tomadores de decisiones deben tomar en consideración a la hora de establecer un sistema de CLP y que da como resultado los diferentes esquemas de atención a la dependencia. Para ello, consideramos pertinente utilizar el cubo de salud universal de la OMS. Dicho cubo contempla tres dimensiones que deben ser consideradas para alcanzar la cobertura en salud y que consideramos pertinentes para el estudio de los sistemas de CLP. Estas tres dimensiones son: la población cubierta, los servicios provistos y la protección financiera (Figura 5).

Figura 5: Dimensiones a considerar en los sistemas de CLP



Fuente: Elaboración propia con base en OMS. Informe de la Salud en el Mundo. Ginebra: OMS; 2010.

Es necesario agregar una dimensión adicional de suma importancia por la naturaleza propia de los cuidados y porque dependiendo de las decisiones tomadas en cuanto a esta dimensión es la amplitud que tendrán las tres anteriormente mencionadas. Esta dimensión es la referente a los ámbitos de responsabilidad. A continuación se profundiza sobre estas cuatro dimensiones.

Dimensión 1: Ámbitos de Responsabilidad

Cuando hablamos de los ámbitos de responsabilidad en los sistemas de CLP hacemos referencia a tres situaciones sobre las cuáles es necesario definir quiénes son responsables de la provisión y financiamiento de determinados servicios. Estas son: las relativas al papel del Estado, el sector privado y la familia; la referente a las distintas instituciones gubernamentales; y la del papel de los gobiernos locales.

Como señalado con anterioridad, uno de los primeros rubros que es necesario definir es el papel que tendrán las familias y las redes sociales horizontales de las personas en el cuidado de los familiares dependientes, tema estrechamente relacionado con el Estado de Bienestar imperante. El cuidar de una persona, ya sean niños o adultos, es una actividad que forma parte de las actividades y rutinas diarias de las familias.⁶⁶ Es un aspecto de la vida diaria familiar que suele darse por sentado y que, como señala Phillips, debe entenderse desde una perspectiva de curso de vida ya que es una acción que todos realizamos y recibimos en algún momento de nuestra vida, aunque tradicionalmente sean las mujeres las principales responsables en el seno familiar de ejecutar esta actividad.⁶⁷

Al realizarse el cuidado en la esfera privada, resulta difícil visualizarlo y cuantificarlo. Sin embargo, en la última década del siglo XX se ha estudiado más el tema y se ha buscado medir su magnitud con distintas metodologías (como son las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado).⁶⁸ Es de tal forma que hoy en día contamos con estimaciones sobre la magnitud del cuidado informal en salud que apuntan que puede representar entre 9% y 90% de las interacciones en salud, dependiendo del país, la enfermedad en cuestión y los métodos utilizados para realizar la medición.⁶⁹

Sin embargo, los cambios en las dinámicas y estructuras familiares, siendo entre los más significativos la creciente participación de la mujer en el mercado laboral y el menor tamaño de las familias, ponen en entredicho la sostenibilidad de esta actividad. Es en este contexto donde cobra importancia la decisión sobre la participación del Estado o del mercado para cubrir esta necesidad.⁷⁰

En algunos ámbitos, el Estado se ha reconocido desde hace tiempo como copartícipe o corresponsable de las actividades del cuidado, como es el caso del cuidado infantil a través de guarderías públicas u otro tipo de apoyos. Sin embargo, para el caso de las personas mayores con dependencia este papel todavía está sujeto a importantes debates.

En algunos ámbitos, el Estado se ha reconocido desde hace tiempo como copartícipe o corresponsable de las actividades del cuidado, como es el caso del cuidado infantil a través de guarderías públicas u otro tipo de apoyos. Sin embargo, para el caso de las personas mayores con dependencia este papel todavía está sujeto a importantes debates.

Por su parte, el mercado ofrece tanto esquemas de aseguramiento para CLP como la compra directa de los servicios de cuidado (contratación de enfermeras o cuidadores, asilos, centros de día, etc.). Estos servicios pueden existir para complementar o sustituir lo ofertado en el sector público (como en el caso de Alemania, Francia y Japón), en sustitución de éste en el caso de países sin sistemas de CLP o para

personas que no son elegibles para el aseguramiento público, o como proveedores del sistema público ya sea bajo un esquema de alianzas público-privadas o bajo esquemas de reembolso por parte de seguros públicos (como en Estados Unidos y Singapur).^{71,72}

Sin duda, de los servicios ofertados en el ámbito privado, el esquema más deseable es el de aseguramiento. Esto debido a que, al igual que lo observado en salud, de no contar con un esquema de aseguramiento, las personas realizan un gasto de bolsillo el cual, según diversos estudios y autores, es fuente de inequidades y puede llevar a las personas a tener un gasto empobrecedor o catastrófico. Pese a estas consecuencias negativas del gasto de bolsillo, de acuerdo con la OCDE, la demanda por seguros para CLP sigue siendo baja, incluso en países como Estados Unidos y el Reino Unido que siguen un modelo asistencialista.⁷⁰

Las razones para esto pueden ser la percepción de que la dependencia en la vejez no es un problema, la falta de conocimiento financiero sobre los beneficios de contar con aseguramientos, o los altos precios de las primas de los seguros existentes que excluyen a un gran sector de la población que no tiene la capacidad económica para sufragar este gasto.⁷¹ Esta falla del mercado puede resolverse a través de la acción del Estado ya sea estableciendo la obligatoriedad de contar con un seguro de CLP, como es el caso alemán, o a través de un aseguramiento público.

Independientemente del papel que jugará el mercado o el Estado en la provisión de los CLP, un tema que sin duda debe garantizarse desde la esfera pública es el referente a la calidad de la atención. La OMS señala que la atención provista en los CLP suele adolecer de calidad por falta de integración con los servicios de salud, el tipo de atención no suele ser acorde a los objetivos de los CLP y por la falta de normas y reglamentaciones eficaces.⁸ Este tema es de particular importancia cuando hablamos de personas mayores ya que diversos estudios señalan que es un grupo vulnerable sujeto a maltrato y discriminación, y la mala atención puede llegar a comprometer su autonomía con prácticas como la inmovilización para evitar caídas y enfrentar conductas problemáticas en demencias, la receta inadecuada de antipsicóticos, entre otros.⁸ Existen diversas estrategias que se han implementado para asegurar la calidad de los servicios de CLP. Por ejemplo, se pueden crear legislaciones o regulaciones específicas sobre algún aspecto particular de la atención como es el caso de Japón donde las personas que proveen CLP deben estar certificadas.⁷³ Otra opción es a través del establecimiento de un organismo que supervise de forma global la calidad de la atención provista en el sistema de CLP. Ejemplo de esto es el Reino Unido que creó en 2008 la Comisión de Calidad de la Atención en el 2008

como una fusión de la comisión que sólo supervisaba los servicios sociales y aquella responsable de la calidad de los servicios de salud.⁷⁴

Un segundo tema a considerar en cuanto a ámbitos de responsabilidad es el papel que tendrán las distintas instituciones y niveles del gobierno en la provisión de CLP. El CLP puede ser gestionado de manera conjunta por el sistema de salud, el de seguridad social y el de asistencia social, puede ser gestionado por una de estas tres instancias, o puede ser independiente de estos tres. Idealmente, la decisión sobre esto debe estar guiada por las necesidades de la persona que utiliza el servicio quien, sin duda, deseará que prime la continuidad e integralidad de la atención, y la facilidad con la que puede acceder a los servicios que necesita.

En principio, y desde una perspectiva del usuario, resultaría pertinente contar con una única institución que supervise y gestione los distintos servicios del sistema de CLP. De esta forma se reducen los costos y trámites que tiene que realizar la persona con dependencia para dar respuesta a sus necesidades. Otra opción sería poder contar con la garantía de que las distintas instituciones que intervienen estén coordinadas para garantizar la calidad y eficiencia del cuidado.

Sin embargo, como los sistemas de CLP son de creación posterior a las instituciones de salud y de asistencia social, la provisión de CLP suele ser ofertada por distintas instituciones que no necesariamente están coordinadas o tienen canales de comunicación y acción efectivos para garantizar una atención coordinada. Esto explica en parte el por qué el estudio de ANCIEN señala que, pese a las diferencias existentes en cuanto a integración y coordinación, ninguno de los sistemas de CLP europeos tienen altos niveles de integración. Entre los sistemas europeos que tienen mayores niveles de integración está el danés donde se ha introducido la figura de un coordinador de caso que coordina y monitorea la provisión de los distintos servicios que ofrecen las instituciones. Otro ejemplo es Bélgica donde a nivel federal hay una institución que coordina la provisión del servicio (Integrated Home Care Services), en las distintas regiones hay Centros que tienen como objetivo garantizar la calidad del cuidado y la cooperación de los distintos profesionales involucrados en el cuidado domiciliario, y además existen programas especiales llamados circuitos de cuidado para fomentar la integralidad de la atención conforme el paciente cambia de espacios o ámbitos de cuidado (por ejemplo del hospital a la casa).⁷⁵

Finalmente, el último punto que se debe de tomar en cuenta es el grado de descentralización del sistema de CLP; es decir cuál es el papel de las autoridades locales, regionales y centrales en la provisión, financiamiento, coordinación de los servicios de CLP. Desde la segunda mitad del siglo XX se privilegió el enfoque de la descentralización de los servicios públicos al considerarse que éste acercaba los servicios a los usuarios, que permitía que estos se adaptaran mejor a las necesidades locales, y que las organizaciones más pequeñas son más fáciles de gestionar.^{76,77,78} Bajo este esquema, los gobiernos centrales ejercen funciones de monitoreo y análisis de las necesidades y tendencias, producen legislación y guías, y pueden proveer financiamiento que, por lo general, complementa los fondos locales. Sin embargo, algunos autores han señalado que en algunos contextos, como en los países en desarrollo o en lugares con poca participación ciudadana, la provisión de servicios públicos de manera centralizada no siempre generan estos beneficios.⁷⁸

En general, la mayoría de los sistemas de CLP responden a algún esquema de descentralización. En el caso del Reino Unido el gobierno central es responsable de las políticas de salud y de servicios sociales, supervisa la calidad de la atención, y financia los servicios de salud principalmente a través de impuestos generales. Los gobiernos locales son responsables de la valoración de necesidades de atención, de garantizar que las necesidades de la población estén siendo satisfechas, y de financiar los servicios sociales a través de impuestos locales, el cobro directo por el servicio, y con subsidios federales.⁷⁴ En el caso de Dinamarca, el gobierno es responsable de legislar y generar guías sobre los servicios sociales y asistenciales, pero son las autoridades locales quienes financian, proveen y garantizan la calidad de los servicios de CLP.⁷⁹

Dimensión 2: Población cubierta y criterios de elegibilidad

Al diseñar cualquier programa social, es necesario definir el universo de personas que podrán estar cubiertas por el mismo; es decir, deben establecerse los criterios de elegibilidad para que una persona pueda ser beneficiaria del programa en cuestión. La principal pregunta que surge en cuanto a los criterios de elegibilidad es si el acceso al sistema de CLP será universal o selectivo con base en el ingreso.

La universalidad en el acceso significa que todas las personas que requieran de CLP puedan recibir estos servicios independientemente de su situación socioeconómica. Por su parte, el enfoque selectivo (o means-tested como se conoce en inglés) se basa en dirigir y proveer servicios específicamente a las personas que se encuentran por debajo de un determinado umbral de ingreso o nivel socioeconómico.

Elegir entre uno y otro enfoque no es tarea sencilla y en la literatura especializada sobre el tema hay un intenso debate sobre la conveniencia y pertinencia de adoptar uno u otro enfoque. Si bien el universalismo es una postura ampliamente defendida desde una perspectiva de derechos y ciudadanía, este tiene importantes detractores que consideran que el universalismo es costoso y, en un contexto de recursos limitados, no tiene sentido proveer beneficios a la gente con recursos suficientes para satisfacer sus necesidades.⁸⁰ Por su parte, el enfoque selectivo es defendido como un mecanismo de redistribución social, pero sus críticos lo consideran como un sistema costoso (requiere de un sistema complejo de administración e identificación de la población objetivo), excluyente y que refuerza la estratificación social.⁸⁰

Más allá de las controversias y distintas posturas, al final la elección de una u otra opción dependerá, en gran medida, de la noción de Estado de bienestar y derechos sociales adoptada en un país, lo que a su vez está asociado a una serie de factores políticos y culturales, y de las posibilidades de financiamiento. Dado que posteriormente se profundizará sobre el tema del financiamiento, en esta sección desarrollaremos lo referente al Estado de bienestar y conceptualización de derechos sociales.

Esping-Andersen en su icónico libro *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, propone tres categorías que, pese a ser criticadas por algunos por cuestiones metodológicas y por no tomar en cuenta las prestaciones en servicios,⁸¹ consideramos pertinentes para el presente análisis por su conceptualización sobre la desmercantilización. Esping-Andersen señala que la desmercantilización ocurre cuando un servicio (en este caso los CLP) es considerado como un derecho y, por ende, las personas pueden acceder a este independientemente del mercado.⁸² Es decir, cuando hay un alto grado de desmercantilización el acceso es independiente de factores como capacidad de pago, cotizaciones o comprobación de necesidades o medios de vida. Bajo esta conceptualización, surgen tres tipologías de Estados de Bienestar.

La primera corresponde a los “Estados Liberales”, también conocidos como los modelos asistenciales públicos de protección básica o subsidiarios. Estos se caracterizan por un bajo nivel de desmercantilización pues tienen programas basados en la comprobación de ingresos, excluye clases medias y altas, y el papel del Estado es de carácter subsidiario con protecciones básicas, o limitadas. Ejemplo de este modelo es el caso de Medicaid de los Estados Unidos de América donde, además de cumplir con criterios de elegibilidad generales (como tener 65 años o más, discapacidad, entre otros), cada estado de la Unión Americana define un umbral de ingresos máximo para poder acceder a los distintos beneficios del programa, incluidos los CLP.⁸³ Otro caso similar es el del sistema de CLP

inglés donde el acceso a los servicios sociales se realiza tras una valoración de necesidades y tras comprobar que la persona no tiene la capacidad económica para pagar por estos servicios; sin embargo, los servicios de salud (como de enfermería en el hogar) que proporciona el Sistema Nacional de Salud se otorgan bajo un criterio de universalidad.

El segundo modelo es el de la protección a través de la seguridad social. Este esquema está basado en las contribuciones sobre la nómina salarial de las personas, y el papel del Estado suele ser subsidiario a la protección o cuidado que se ofrece en el ámbito familiar. Un ejemplo de país con este tipo de sistema es Alemania. En este país las personas que tienen al menos dos años asegurados bajo el esquema público de salud, y que no pueden realizar al menos dos ABVD y una AIVD durante un periodo mínimo de seis meses pueden acceder a los servicios de CLP; aquellos con seguros privados están obligados a contratar un seguro privado que ofrezca el mismo paquete de beneficios.⁸⁴ A su vez, el seguro público de CLP requiere que la persona sea valorada por el Medical Advisory Service del Statutory Health Insurance para definir los servicios que puede recibir la persona según su grado de dependencia.

Finalmente, el último es el socialdemócrata o el modelo de protección universal que tiene el mayor nivel de desmercantilización pues el acceso se brinda en función del reconocimiento de los derechos ciudadanos de todas las personas. Ejemplos de esto son los países nórdicos, como Dinamarca. De acuerdo con el Acta sobre Servicios Sociales, en este país toda persona que resida legalmente y que no pueda realizar ABVD debido a un impedimento físico o mental, temporal o permanente, tiene derecho de recibir CLP tras una valoración de necesidades realizada por las autoridades locales (municipalidades).^{79,85}

Sin duda, desde una perspectiva de los usuarios, y sobre todo de derechos, el paradigma socialdemócrata, o universal, es el más deseable. No obstante, diversos factores, como las restricciones presupuestarias o políticas pueden imposibilitar la adopción inicial de este enfoque o incluso el mantenerlo. Cabe destacar el caso de Uruguay donde se establece en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de la “universalidad de los derechos a la atención, a los servicios y a las prestaciones para todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad, conforme a la normatividad aplicable.”⁸⁶ Sin embargo, este mismo marco legal señala que la implementación, acceso y prestaciones será progresiva.

Otro punto a considerar en cuanto a la población cubierta es si el sistema de CLP contemplará apoyos y servicios para las personas que realizan el cuidado informal del adulto mayor. La decisión de incluir al cuidador informal dentro del sistema de CLP parte del reconocimiento de la importante labor que realizan (la cual el Estado no siempre tiene posibilidades de suplir las tareas que se realizan en el seno del hogar; por lo que son figuras que pueden ayudar a garantizar la continuidad de la atención de la persona con dependencia y pueden ayudar a reducir los costos de los sistemas de CLP) y sus efectos positivos sobre la salud de la persona dependiente, pero también por el hecho de que la labor de cuidar tiene efectos negativos sobre la salud, economía y posibilidades de conseguir un empleo del cuidador.³⁴

Dimensión 3: Beneficios, servicios provistos y espacios para la provisión de la atención

La tercera dimensión es la referente a los beneficios o servicios provistos en los sistemas de CLP. Para analizar esta dimensión consideramos pertinente retomar el tema de los dos grupos de necesidades que tienen las personas con dependencia. El primer grupo es el relacionado con la atención sanitaria. Por lo general, la amplitud de la cobertura de estos servicios es menos controversial pues esta suele ya estar definida en el marco de la cartera de servicios que ofrecen los sistemas de salud. Sin embargo, tiene que haber certeza de que esta incluya intervenciones a lo largo del continuo asistencial (desde la prevención y promoción de la salud hasta la rehabilitación o cuidados paliativos). Caso contrario ocurre con el segundo tipo de necesidades, las relativas al cuidado (realización de AVD), pues algunos consideran que debe ser responsabilidad del individuo y las familias.

Si bien es comprensible la postura que aboga por la responsabilidad individual y familiar sobre estas tareas, es importante contar con un diagnóstico sobre las necesidades de las personas con dependencia y de las posibilidades y recursos que tienen para dar respuesta a las mismas. Por ejemplo, en países con estructuras familiares débiles o donde hay un número importante de personas mayores viviendo solas, desempleadas y sin ingresos, difícilmente se puede esperar que puedan encontrar o financiar el apoyo que requieren. Por ejemplo, en 2011 el 42.5% de la población de 65 años y más en Dinamarca vivía sola, mientras que en Galicia, España, sólo 16.8% estaba en esta situación.⁸⁷ Sin duda, estas cifras señalan que la necesidad en Galicia de proveer apoyo público para las actividades de cuidado es menor que en Dinamarca.

No obstante lo anterior, la decisión de cubrir las necesidades de cuidado desde la esfera pública también estará relacionada con el punto desarrollado anteriormente sobre el Estado de Bienestar y sobre el papel que el Estado, la familia y el individuo tienen en cuanto a los cuidados. En un modelo

liberal es de esperarse que la cobertura provista sea limitada ya que el Estado tiene un papel subsidiario pues la responsabilidad del cuidado recae sobre la familia y el individuo. En contraste, un modelo de protección universal donde el Estado se reconoce como responsable de proveer cuidados es de esperar que la amplitud de la cartera de beneficios sea mayor, aunque no necesariamente ilimitado.

Otro elemento a considerar en relación a este punto es si el sistema de CLP proveerá servicios o transferencias monetarias. Este es un asunto ampliamente discutido en la literatura sobre política social y sobre el cual no hay consenso.

Aquellos que abogan por las transferencias señalan que estas son preferibles pues otorgan al individuo mayor flexibilidad, autonomía y permite a las personas utilizar los recursos proporcionados para satisfacer sus necesidades acorde a sus preferencias.^{88,89,90} Es bajo este argumento que algunos consideran, como es el caso del estudio de ANCIEN citado previamente, que la existencia de transferencias monetarias son deseables para asegurar que los servicios que reciben correspondan a las necesidades y preferencias del usuario. Asimismo, los defensores de esta postura sostienen que los pagos en especie o en servicios conllevan muchos más costos de administración y son complicados de gestionar pues las necesidades de las personas con dependencia son cambiantes a lo largo del tiempo.⁹¹

Por otro lado, se encuentran aquellos que sostienen que es preferible brindar las prestaciones a través de servicios. Uno de los principales argumentos que esgrimen los que favorecen esta postura es que a la sociedad no sólo le interesa la distribución del ingreso para que las personas puedan satisfacer ciertas necesidades, si no que se provean determinados servicios en determinadas cantidades y bajo ciertos criterios de calidad (como puede ser alimentos, vivienda, y el cuidado médico). Por tanto es preferible contar con transferencias en especie para garantizar no el bienestar individual sino el bienestar de la sociedad en su conjunto.⁹¹ Otro argumento a favor de esta postura es que en sistemas basados en transferencias monetarias las personas tienen mayores incentivos para ser considerados como pobres para poder acceder a los beneficios cayendo en el llamado “dilema del samaritano”; en contraste en los programas que ofrecen servicios específicos que requiere únicamente la población objetivo del programa se reduce este riesgo.⁸⁹ Finalmente, el último argumento que detallaremos aquí es el que sostiene las transferencias monetarias pueden ser utilizadas para cubrir otras necesidades familiares distintas a las de CLP, y que pueden fomentar la contratación de personas que trabajan en el mercado informal o irregular (e.g. migrantes) pues es más económico, y que en algunos casos (por ejemplo el de las personas con demencias) la persona con dependencia no siempre tiene las capacidades para gestionar estos recursos.⁹²

La mayoría de los países europeos y de la OCDE cuentan con algún mecanismo de transferencias monetarias en sus sistemas de CLP aunado a la provisión de servicios.^{34,93} Sin embargo hay importantes diferencias en cómo se llevan a cabo estas transferencias. Por ejemplo, en Francia las transferencias monetarias están dirigidas únicamente a las personas de 60 años o más y el monto se define en función del ingreso de la persona, mientras que en los Países Bajos se proporcionan a toda persona que sea dependiente, indistintamente de edad, y el monto está condicionado no solo por el nivel de ingresos sino por las necesidades de la persona (número de horas de cuidado requeridas).⁹⁴ Otra importante diferencia es si las transferencias serán o no condicionadas y si habrá supervisión del Estado sobre el uso de las mismas. Podemos señalar el caso de Alemania donde existe un sistema mixto pues las personas que son derechohabientes del seguro de CLP pueden escoger entre recibir transferencias monetarias o servicios y donde el estado no restringe ni monitorea el uso de estas transferencias.^{94,95} Un caso interesante es el uso de vouchers en algunos países (como Francia, Finlandia y Suecia) que pueden servir para garantizar que la transferencia se utilice específicamente en la compra de determinados servicios a una cartera de proveedores determinada.⁹²

Al hablar de la amplitud de la cobertura no podemos dejar de lado el tema de los recursos (tanto económicos, de infraestructura y humanos) disponibles y futuros para mantener una determinada cartera de servicios o de transferencias. Es necesario realizar importantes esfuerzos para contar con un diagnóstico de los recursos disponibles y la demanda futura de CLP para evitar llegar a un escenario en el cual sea necesario recortar servicios y derechos adquiridos. Por ejemplo, en Japón (2000) se adoptó un seguro obligatorio de CLP que incluía cobertura universal para costos de vivienda en su paquete de beneficios, pero por presiones financieras fue necesario quitar este beneficio y endurecer los criterios de elegibilidad para garantizar su sustentabilidad financiera.^{96,97}

Otro punto a considerar es el relativo a los servicios para los cuidadores informales. Sin duda, la inclusión de estos servicios dependerá de si se considera al cuidador como parte del sistema de CLP y la centralidad de su papel. Por ejemplo, si un Estado no tiene los recursos humanos y de infraestructura necesarios para proveer cuidados se puede tomar la decisión de apoyar a los cuidadores informales para que ellos puedan realizar estas tareas. Tres son las posibles áreas de apoyos que se pueden proporcionar a los cuidadores informales.

La primera es la referente al fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores para realizar las actividades de cuidado. Estas intervenciones se centran en proporcionar información a los cuidadores sobre el padecimiento que tiene la persona a su cuidado, y generar competencias para realizar las

actividades de cuidado. De esta forma, se busca mejorar la calidad de la atención que recibe la persona con dependencia y ayudar a mantener el continuo de la atención entre las instituciones sanitarias y los cuidados en el hogar.

La segunda es la relativa al cuidado de la salud mental y física del cuidador. Para ello pueden realizarse intervenciones psicológicas, grupos de apoyo, o programas que contemplen periodos de descanso para el cuidador (respite care).³⁴ Es importante señalar que la evidencia sobre la efectividad en términos de resultados en salud mental de las intervenciones psicológicas y grupos de apoyo todavía es inconclusa.^{34,98,99} Con respecto a la posibilidad de contar con periodos de descanso, algunas revisiones sistemáticas han encontrado que genera una alta satisfacción entre los cuidadores, pero sus beneficios en cuanto a indicadores de salud mental suelen ser pequeños y, dependiendo de la forma en que se provee, puede no ser costo efectiva.^{34,100}

La tercera opción para apoyar al cuidador es a través de programas y políticas que ayuden a balancear su trabajo con las actividades de cuidado. Ejemplo de estas son las licencias para cuidar a un familiar con dependencia. Los esquemas de licencia para cuidar de familiares con dependencia o con enfermedades terminales varían de manera importante en cuanto a su duración, las posibilidades de que sean o no con goce de sueldo y la obligatoriedad de las empresas para proporcionar estas licencias. Entre los países de la OCDE más generosos en cuanto al tiempo proporcionado se encuentran Bélgica y Japón con doce meses y 93 días respectivamente; entre los países que proporcionan menos tiempo se encuentran los Países Bajos con tres meses de licencia.⁷¹ En cuanto a las posibilidades de tener una licencia con goce de pago, tenemos el caso de Noruega y Suiza donde los cuidadores reciben el 100% y 80% de su pago, y del otro lado del espectro hay países como Francia, Alemania y España, donde las licencias existen pero sin goce de sueldo.⁷¹

Finalmente, en relación a la obligatoriedad de las empresas de dar estas licencias hay países como Bélgica donde los empleadores sólo pueden oponerse en casos donde el negocio se vea afectado de manera importante, y en otros como España donde no es un derecho de los trabajadores y las empresas pueden oponerse a dar la licencia. Otra opción para apoyar es otorgar pagos directos o beneficios fiscales. Sin embargo, estos programas enfrentan dificultades en cuanto a la definición de quiénes son elegibles para recibir estos beneficios (por ejemplo, si sólo puede acceder a ellos una persona o varios miembros de la familia, cuantificar el número de horas o intensidad del trabajo que realizan, etc.) y algunos sostienen que puede generar incentivos para reducir las horas efectivas de cuidado realizado.³⁴

Por último, es necesario tomar en consideración el espacio en el cual los servicios serán provistos. Los CLP pueden ofrecerse en una variedad de ámbitos como puede ser el hogar de la persona con dependencia, en centros y hogares donde se ofrece asistencia, hospitales, entre otras.⁸ En general, los enfoques actuales promueven que el grueso de la atención sea proporcionado en la comunidad, es decir en lugares donde no se requiera que la persona resida de manera permanente. Este tipo de cuidado puede proporcionarse en el hogar de la persona con dependencia, en centros de día, u otros espacios.

Dimensión 4: Financiamiento

Dejamos como último apartado el tema del financiamiento pues, como señala Wittenberg, está condicionado por muchas de las decisiones tomadas sobre los elementos anteriormente discutidos pues sus efectos inciden sobre los costos, la relación costo-efectividad, y sobre las posibles fuentes de financiamiento.¹⁰¹ Si bien reconocemos que sin recursos financieros no puede subsistir un sistema de CLP, consideramos que este no debe ser el principio sobre el cual debe construirse un sistema de CLP sino que debe ser el combustible que alimente su maquinaria y garantice su operación.

Al igual que en los sistemas de salud, para que un sistema de CLP sea sustentable es necesario asegurar la existencia de suficiente financiamiento para garantizar que hayan los recursos humanos, infraestructura, y consumibles suficientes para la demanda presente y futura. Esto presenta importantes retos en múltiples niveles, desde las fuentes de financiamiento, los mecanismos para redistribuir riesgos, y la propia organización del sistema para garantizar su costo-eficiencia ante una creciente demanda y un aumento sostenido de los costos de la atención sanitaria.

Como ya señalado, los sistemas de CLP suelen ubicarse entre el sistema sanitario y de asistencia social, y en varios casos los gobiernos locales juegan un papel importante en cuanto al financiamiento. En consecuencia, en la mayoría de los casos encontramos que sus fuentes de financiamiento provienen de los presupuestos de ambos sectores, y de diversos niveles de gobierno.¹⁰²

Pese a estas dificultades, en general podemos señalar que existen cuatro posibles fuentes de financiamiento. La primera de ellas es a través de impuestos directos e indirectos. La ventaja de estos sistemas es que las fuentes de recaudación son más amplias y que permite generar mayor eficiencia administrativa y control de costos; no obstante, los recursos, salvo algunas excepciones, no suelen estar etiquetados de forma exclusiva para algún sector determinado, por lo que están sujetos a la competencia de asignación de presupuesto con el resto de la administración pública.¹⁰³ Ejemplo de

países cuyos sistemas de CLP se financian principalmente por esta vía son Dinamarca, Noruega y el Reino Unido.

Una segunda fuente de financiamiento es a partir de algún esquema de aseguramiento público. Una primera opción puede ser siguiendo el esquema clásico de la seguridad social el cual utiliza contribuciones aportadas por empleadores y empleados en el sector formal de la economía según su nivel de ingreso. La principal ventaja de este mecanismo es que es un mecanismo de redistribución implícita entre los que más ganan y los que menos, y también hace una redistribución de riesgos entre generaciones y estados de salud.¹⁰³ Alemania es el ejemplo por excelencia de un sistema basado en contribuciones de la seguridad social. Sin embargo, uno de los grandes retos que enfrentan estos esquemas es su sustentabilidad ante el envejecimiento poblacional pues se reduce la base de población joven y sana que es fundamental para distribuir los riesgos.⁴² Otra desventaja de este modelo es que excluye a todos aquellos que no laboran en la economía formal salvo que se tome la decisión de subsidiar su afiliación. Esta alternativa puede generar incentivos perversos para la expansión de la economía informal y también puede ser improcedente en el caso de países, como los latinoamericanos, donde la economía informal emplea a un porcentaje importante de la población.

Una opción es contar con seguros específicos para CLP. El riesgo de optar por esta alternativa es que las personas no suelen contratar por cuenta propia un seguro y, por ende, estos mecanismos suelen ser muy costosos. Para enfrentar esto se pueden ofrecer subsidios para la compra de seguros o hacerlos obligatorios para garantizar que exista una base amplia sobre la cual se puedan distribuir los riesgos, o que exista para complementar lo ofertado en el sector público. Ejemplos de la existencia de seguros obligatorios los encontramos en Alemania donde las personas que no son parte del sistema público de seguridad social deben adquirir un seguro privado para CLP.

Finalmente, la cuarta fuente de financiamiento es la de los pagos directos al recibir el servicio. Este mecanismo es el que mayores inequidades genera y expone a las personas a tener gastos empobrecedores o catastróficos. En los países donde los CLP no se reconocen como responsabilidad del Estado esta es la principal fuente de financiamiento. Sin embargo, esto no quiere decir que no pueda haber copagos asociados a la provisión de los servicios de CLP en los esquemas anteriormente detallados, cuyo monto puede depender tanto de la cantidad de servicios requeridos como del ingreso de la persona. La existencia de copagos sirve no solo como fuente de financiamiento para el sistema de CLP, sino también para disminuir la demanda de los servicios pues reduce el riesgo de uso de servicios

cuando no son realmente necesarios. Con notables excepciones, como es el caso de Dinamarca, la mayoría de los sistemas de CLP europeos tienen algún mecanismo de copago.

Los CLP en Ciudad de México

En 2015 vivían en la Ciudad de México 8.9 millones de habitantes, de las cuales poco menos de 1.2 millones tenían sesenta años o más. Siguiendo lo señalado por la ENSANUT y la ELCOS, cerca de 571 mil de estas personas mayores reportó tener alguna discapacidad, 320 tenía alguna limitación para realizar actividades de autocuidado y entre 59 mil y 119 mil eran totalmente dependientes (Tabla 3).[§] Si bien algunas personas, como un directivo entrevistado del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores, señalan que no debemos de tener una visión catastrofista de que todos los adultos mayores serán dependientes, lo cierto es que esta población, en números absolutos, irá en aumento en los años por venir. Considerando que el envejecimiento poblacional de la Ciudad de México es un fenómeno que inició desde hace varios años, resulta de interés conocer la legislación, políticas y programas que se han desarrollado en esta demarcación para dar respuesta a las necesidades de cuidados en comparación, o a la luz, de sus homólogas federales.

Tabla 3: Proyecciones de población en la Ciudad de México 2015 y 2030

2014	2015		2030	
	Porcentaje	Número Absoluto	Porcentaje	Número Absoluto
Población total	100.0%	8,918,653	100.0%	8,439,786
Personas mayores	13.4%	1,195,100	20.5%	1,730,156
Personas mayores con discapacidad	47.8%	571,258	47.8%	827,015
Personas mayores con limitaciones para el autocuidado	26.8%	320,287	26.8%	463,682
Personas mayores con dependencia total (ENSANUT 2012)	10.0%	119,510	10.0%	173,016
Personas mayores con dependencia total (ELCOS 2012)	5.0%	59,755	5.0%	86,508

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2015, ENSANUT 2012, ELCOS 2012, Proyecciones de población de CONAPO.

[§] Existen importantes diferencias entre los resultados arrojados por ENSANUT 2012 y ELCOS 2012; la primera señala que la cifra de personas mayores con dependencia total es de 5% mientras que ELCOS reporta un 10%.

Legislación, políticas y programas nacionales relativos al cuidado de personas mayores con dependencia

La segunda mitad de la década de los años setentas del siglo XX marca el inicio de los primeros programas y políticas federales en México dirigidos a las personas mayores. En parte, esto fue producto del reconocimiento de cambios demográficos, como el incremento de la esperanza de vida y aumento de la población de personas de sesenta años y más, pero también de la acción de organizaciones de la sociedad civil (como la asociación Dignificación de la Vejez) que ayudaron a visualizar el tema del envejecimiento en la agenda pública.¹⁰⁴ Sin embargo, las políticas creadas desde esta época hasta el año 2000 siguieron un enfoque de “pobreza e integración social” al igual que muchas otras políticas implementadas en esos años por el Presidente José López Portillo (como COPLAMAR y el Sistema Alimentario Mexicano).¹⁰⁵ Bajo esta noción, la vejez se concibe como una etapa de carencias y a la persona mayor como sujeto de asistencia social.¹⁰⁵

El primer gran hito en cuanto a políticas para personas mayores se encuentra en 1976 con la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Esta reforma amplió las facultades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para otorgar servicios asistenciales no sólo al binomio madre-hijo, sino a la población necesitada en general y se especifica a los “ancianos desamparados” como sujetos de recibir asistencia social mediante el Sistema Nacional de Salud.¹⁰⁶

Posteriormente, en 1979, el Gobierno Federal creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) como un organismo descentralizado con el objeto de “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas”¹⁰⁷ El INSEN era presidido por el titular de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y en su consejo directivo participaban representantes de las Secretarías de Educación Pública, Trabajo y Previsión Social y Asentamientos Humanos y Obras Públicas. Durante las casi dos décadas de existencia del Instituto, se realizaron iniciativas asistenciales como programas de apoyos económicos, cursos de capacitación, albergues, actividades recreativas, entre otras.¹⁰⁴

Finalmente, cabe señalar que durante el gobierno de Miguel de la Madrid se creó la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, con la cual se refuerza que son sujetos de la asistencia social los “ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato” pero establece que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) será la entidad responsable de proveer los servicios de asistencia. De tal forma, las políticas públicas para la vejez quedaron en manos de dos

entidades del sector salud, el DIF para asistencia a los desamparados, y el INSEN que, en teoría, proveería atención integral, pero mantuvo un enfoque de pobreza e integración social.

Como se podrá apreciar, el tema de los CLP no estuvo presente en las instancias gubernamentales antes descritas. Incluso los centros de día y albergues del INSEN estaban dirigidos (y siguen siendo dirigidos) a personas mayores de 60 años que se valen totalmente por sí mismas.¹⁰⁸ Sin embargo, en la seguridad social, y en particular en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se desarrollaron algunos programas innovadores que buscaban proveer cuidados y atención sanitaria a las personas mayores. Por ejemplo, inició en estos años el primer programa de atención domiciliaria en el Centro Médico La Raza,¹⁰⁹ y en 1990 inició el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico con el objetivo de proporcionar atención médica y en el cual se incluye a pacientes del IMSS con pérdida de autonomía permanente o temporal y se apoyaba en el marco de este programa al cuidador primario con sesiones educativas y de capacitación para apoyar la recuperación del paciente.¹³

La primera década del siglo XXI marca importantes cambios en cuanto a las políticas públicas de la vejez pues se transita hacia una visión de la atención a las personas mayores basada en derechos. Estos cambios se observan tanto en la naturaleza de los programas dirigidos para este grupo etario, como en la creación de legislación sobre los derechos de las personas mayores.

El primer instrumento jurídico en la materia se promulgó en Yucatán en 1999 en la “Ley para la protección social de las personas en edad senescente” seguido un par de meses después, el 7 de marzo del 2000, por la “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal”.^{110,111} Ambas legislaciones sirvieron de base e inspiración para el texto de la “Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” del año 2002. Si bien este instrumento es de gran importancia pues visualiza el tema del envejecimiento y las necesidades particulares de las personas mayores, esta Ley Federal no considera al cuidado como uno derecho específico de las personas mayores. El cuidado se contempla como parte del derecho a la salud y alimentación como señala su numeral tres, el cual indica que las personas mayores tienen derecho “A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal”. Asimismo, es importante destacar que no se hace la referencia al tema de la dependencia, y no se contempla ninguna provisión especial para las personas en esta situación que requiera CLP.

Otro cambio importante que acontece en el siglo XXI tiene que ver con la rectoría de las políticas dirigidas a las personas mayores. En 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto

presidencial mediante el cual se transformó el INSEN en el Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN). Con este cambio, no sólo cambió el nombre del Instituto, sino que éste pasó del sector Salud al sector de Desarrollo Social bajo el argumento de que las acciones y programas que realizará “tendrán por objeto propiciar y fortalecer el desarrollo humano integral de los adultos mayores para la generación de capital humano y social en el marco de la política social.”¹¹² Sin embargo, el INAPLEN tuvo una vida corta ya que menos de seis meses después de la publicación del Decreto que le dio origen fue promulgada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, con la cual se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el cual terminó absorbiendo al INAPLEN.

Si bien el INAPAM se mantuvo sectorizado a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y mantuvo su carácter de organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, es importante señalar que este tiene un director general nombrado por el Presidente y un Consejo Directivo responsable de la planeación y diseño de las políticas públicas anuales. Este Consejo está integrado por los titulares de la Secretaría de Desarrollo Social (que funge como Presidente), la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STyPS), el DIF, el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Cultura, y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y hasta cinco representantes de los sectores social y privado que sean personas adultas mayores. Asimismo, el INAPAM cuenta con un Consejo Ciudadano integrado por diez personas adultas mayores que pueden opinar sobre los programas del Instituto, recabar propuestas de la ciudadanía y presenta las mismas al Consejo Directivo. Si bien el INAPAM ha buscado ejercer sus nuevas atribuciones como órgano rector a través de numerosas iniciativas, como la Creación de un Consejo de Coordinación Interinstitucional en el año 2008, algunos autores sostienen que dicha rectoría no se ha podido ejercer de manera efectiva principalmente por falta de recursos técnicos y financieros.^{111, 113} Esta misma opinión fue compartida en entrevista por un directivo del INGER quien señaló que el INAPAM “no tiene capacidad para hacerlo [ejercer su función de rectoría]. Ahora hay una situación donde de facto quien está desarrollando estas habilidades de competencia y liderazgo es el sector salud, con la participación particularmente del DIF a nivel federal.” y que “es importante dotarlo [al INAPAM] de los recursos y estructura necesarios para poder ejercer esta función.”

Asimismo, a nivel Federal hay una Norma Oficial Mexicana (NOM) de particular interés para el tema de estudio del presente trabajo. Esta es la “NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de

servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad”. Esta norma define las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben tener los establecimientos públicos, sociales y privados, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores. Su vigilancia y aplicación corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas.

Por último, cabe destacar que a partir del año 2000 el tema del envejecimiento cobró mayor importancia en los Programas Nacionales de Desarrollo (PND) y, como consecuencia, surgieron nuevos programas dirigidos a este grupo etario. Aunque en el PND de 1995-2000 ya se menciona al envejecimiento como uno de los retos que el país comenzaba a enfrentar, es hasta el PND 2001-2006 que se profundiza sobre el tema y se propone el desarrollo de estrategias y líneas de acción específicas para este grupo etario.

En el actual PND (2013-2018) nuevamente se reconoce al envejecimiento poblacional como un reto, en el sentido de que es un factor que puede poner en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas y que impacta la organización familiar, especialmente a las mujeres que realizan los trabajos de cuidados. Algunos de los principales programas sanitarios y de asistencia social de la actual administración y cuya población objetivo es el adulto mayor se encuentran en el Anexo 6.

Sin embargo, los grandes ausentes en la legislación federal, en los PND y en los distintos programas de la Administración Pública Federal siguen siendo la dependencia y los CLP. Solamente se hace mención al tema de los cuidados en la estrategia transversal de perspectiva de género del PND 2013-2018 al señalar que se debe fomentar una mayor participación de los hombres en las actividades de cuidado y que se deben diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo para el cuidado de familiares que realizan las actividades de cuidado. Pese a lo anterior, es importante destacar que no fue reportado por ninguno de los entrevistados, ni se encontró en los cinco Informes de Gobierno del Presidente de la República, referencia a la existencia de programas que busquen fomentar esta mayor participación de los hombres. Únicamente se encontró que algunas instituciones (como el INAPAM, el IMSS, el ISSSTE, y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán) han creado algunos programas o acciones en este sentido como: grupos de apoyo, guías de práctica clínica, así como cursos y talleres dirigidos a cuidadores y familiares de adultos mayores con dependencia.¹¹⁴

Lo anterior nos permite confirmar lo señalado en entrevista por un directivo del INGER de que en México “no existe un sistema de CLP como tal.” Lo que existen a nivel federal son esfuerzos aislados, o incluso tímidos, que no están articulados a una política integral de cuidados. En parte, esto es comprensible ya que la población mexicana no identifica el tema del envejecimiento de los cuidados como un asunto de preocupación, por tanto es natural esperar que siga sin ser un asunto predominante en las agendas políticas.²⁰ Asimismo, podemos ver que hay un empalme de funciones entre instituciones del sector salud y del sector de asistencia social para ejercer rectoría sobre el tema de los cuidados de las personas con dependencia.

Legislación, políticas y programas en el Distrito Federal/Ciudad de México

En el caso de la capital del país encontramos una situación distinta a lo observado en el ámbito Federal. Por un lado, como ya se mencionó, esta contó con una de las primeras legislaciones sobre el tema al promulgar la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal desde el año 2000. Dicha legislación, a diferencia de la Ley Federal, visualiza a las personas mayores con dependencia pues reconoce que las personas mayores pueden encontrarse en cuatro posibles condiciones:

1. Independiente: aquella persona apta para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente parcial.
2. Semidependiente: aquella a la que sus condiciones físicas y mentales aún le permiten valerse por sí misma, aunque con ayuda permanente parcial.
3. Dependiente absoluto: aquella con una enfermedad crónica o degenerativa por la que requiera ayuda permanente total o canalización a alguna institución de asistencia.
4. En situación de riesgo o desamparo: aquellas que por problemas de salud, abandono, carencia de apoyos económicos, familiares contingencias ambientales o desastres naturales, requieren de asistencia y protección del Gobierno del Distrito Federal y de la Sociedad Organizada.

Pese a lo anterior, en el resto del texto de esta legislación no se menciona ninguna provisión especial para las personas semidependientes o dependientes absolutos, ni se hace referencia a la necesidad de crear un sistema de cuidados a largo plazo para atender sus necesidades.

Otro importante aporte que tuvo la promulgación de la Ley de los Derechos de las Personas Mayores del Distrito Federal, y que fue retomado en su homóloga Federal, es la definición de la corresponsabilidad de “los sectores público y social, y en especial de las familias con una actitud de

responsabilidad compartida”. Esta cuestión es de gran importancia pues, como se detalló en el capítulo anterior, es fundamental que exista claridad sobre el papel de estos actores ya que delimita los alcances que un sistema de CLP puede tener en cuanto a la población cubierta, la cartera de servicios y las fuentes de financiamiento del mismo. A continuación, en la Tabla 4, se detallan algunas de las obligaciones de cada uno de estos actores que tienen relación con los cuidados a largo plazo.

Tabla 4. Atribución de responsabilidades para el cuidado de personas mayores en la Ley de los Derechos de las Personas Mayores del Distrito Federal (publicada en la Gaceta Oficial del D.F. el 7 de marzo del 2000, última reforma publicada el 18 de diciembre de 2014)

Actor	Obligación
Familia (Art. 6-8)	<ul style="list-style-type: none"> a. Deberá hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, conociendo sus necesidades, proporcionándoles los elementos necesarios para su atención integral. b. El lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca es su hogar, y sólo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso a alguna institución asistencial pública o privada.
Jefe de Gobierno (Art. 10)	<ul style="list-style-type: none"> a. Realizar, promover y alentar los programas de asistencia, protección, provisión, prevención, participación y atención; b. Concretar con la Federación, Estados y Municipios los convenios que se requieran; c. Concertar la participación de los sectores social y privado en la planeación y ejecución de programas; d. Coordinar acciones y promover medidas de financiamiento para la creación y funcionamiento de instituciones y servicios; e. Fomentar e impulsar la atención integral; f. Crear los mecanismos o instancias correspondientes para el cumplimiento de la Ley;
Secretaría de Desarrollo Social (Art. 9, 15-25)	<ul style="list-style-type: none"> a. A través del DIF deberá tomar medida de prevención o provisión para que la familia participe en la atención de las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo. b. Coordinar e implementar acciones para promover la integración social de las personas adultas mayores y para brindarles los servicios de asistencia social y atención integral a los que se refiere esta Ley. c. Promover la coordinación con las instituciones federales y locales de salud y educación para implementar programas de sensibilización y capacitación para favorecer la convivencia familiar con las personas adultas mayores para que esta sea armónica.
Secretaría de Salud (Art. 12-14)	<ul style="list-style-type: none"> a. Fomentar la creación de redes de atención en materia de asistencia médica, cuidados y rehabilitación, a través de la capacitación y sensibilización sobre la problemática específica de los adultos mayores. b. Fomentar la creación y capacitación de auxiliares de personas adultas mayores que los atenderán en: primeros auxilios, terapias de rehabilitación, asistirlos para que ingieran sus alimentos y medicamentos, movilización, y atención personalizada en caso de encontrarse postrados.
DIF (Art. 28)	<ul style="list-style-type: none"> a. Procurar que las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, cuenten con un lugar dónde vivir que cubra sus necesidades básicas.

b. Vigilar que las instituciones presten el cuidado y atención adecuada a las personas adultas mayores respetando sus derechos, a través de mecanismos de seguimiento y supervisión, en coordinación con la SEDESOL.
--

Fuente: Elaboración propia

Llama la atención que, a diferencia de lo ocurrido con su equivalente a nivel Federal, en esta Ley la Secretaría de Salud tiene como función específica la coordinación de redes para la atención no sólo médica, sino también de cuidados, para las personas mayores, así como la formación de recursos humanos para la atención de necesidades propias del cuidado (como la alimentación y movilización). Complementando esta función, la Secretaría de Desarrollo Social deberá tomar medidas para que la familia participe en la atención de las personas mayores en situación de riesgo o desamparo y el DIF deberá procurar que estos adultos mayores cuenten con un lugar dónde vivir que cubra sus necesidades básicas; función estrechamente relacionada con las atribuciones que la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal otorga a esta Secretaría.

A su vez, la capital cuenta desde el 2007 con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM) el cual funge como el órgano del Gobierno del entonces Distrito Federal, ahora Ciudad de México, con el objeto de “tutelar el ejercicio de los derechos de las personas mayores, operando su pensión alimentaria y promoviendo ante las dependencias y entidades competentes las acciones y programas que aseguren el mejoramiento y fortalecimiento de sus condiciones sociales de salud y la elevación de su calidad de vida.”¹¹⁵ Para ello tiene, entre otras atribuciones, la responsabilidad de operar el programa de visitas médicas domiciliarias para las personas adultas mayores beneficiarias de una pensión alimentaria, la promoción de instrumentos de colaboración con otras instancias de la Administración Pública de la capital para propiciar la atención integral de las personas adultas mayores, así como la creación y funcionamiento de Centros de Día.¹¹⁵

Finalmente, en materia de legislación, es importante destacar que la capital del país cuenta con una Ley de albergues privados para personas adultas mayores del Distrito Federal desde el 2009 según la cual diversas dependencias del gobierno de la Ciudad tienen facultades y responsabilidades. Por ejemplo, a la Secretaría de Desarrollo Social le compete la coordinación e implementación de acciones para promover la integración social de las personas adultas mayores y contar con un padrón de registro de albergues privados, a la Secretaría de Salud otorgar la autorización sanitaria, al DIF dar atención y seguimiento a quejas, denuncias e informes sobre la violación de los derechos de las personas mayores, entre otras. Esta situación ha llevado a la percepción de que no hay una institución claramente

responsable sobre el tema y hay falta de coordinación. En palabras de un directivo del IAAM, haciendo referencia a las quejas de los albergues privados, “Llega protección civil y nos quiere modificar, llega agencia sanitaria y nos dice que qué hacemos con las jeringas, llega el otro que nos dice qué pasó con tu uso de suelo, son como 4 o 5. Entonces nos dicen, -qué hacemos estamos en número rojos y no podemos con todo esto.” Ante esta situación se han generado mecanismos informales de coordinación con el fin de buscar una mejor colaboración, pero estos dependen plenamente de la voluntad de los titulares de las instancias involucradas.

En cuanto a políticas, observamos que los tres Programas Generales de Desarrollo (PGD) del Distrito Federal elaborados desde el año 2000, el tema del envejecimiento es señalado como un reto de particular importancia frente a las tendencias demográficas de la Ciudad. En particular, el PGD 2007-2012 hace referencia a la importancia de aprovechar el capital humano y demográfico de la ciudad para generar riqueza y ahorro, de lo contrario “los problemas derivados del envejecimiento tendrán graves consecuencias”,¹¹⁶ por ello, propone que deben diseñarse y poner en práctica en el corto plazo políticas y programas amplios y crecientes para jóvenes y adultos mayores en los siguientes veinte años. El actual PGD (2013-2018) propone para enfrentar el envejecimiento continuar con los programas sociales desarrollados por las administraciones anteriores (como los programas de apoyos económicos, transporte público gratuito, y atención médica domiciliaria, entre otros), y enfatiza la importancia de reforzar la infraestructura de atención domiciliaria para acercar a los adultos mayores (así como grupos étnicos y mujeres) la atención para enfermedades crónicas degenerativas.¹¹⁷

Derivado de estas políticas, los programas y acciones institucionales actualmente vigentes en la Ciudad de México cuya población objetivo son los adultos mayores, o que los adultos mayores se encuentran entre los principales beneficiarios, se encuentran los detallados en la Tabla 5.

Tabla 5: Programas y/o acciones del Gobierno de la Ciudad de México dirigidos a personas mayores

Programa/Acción	Población Objetivo	Objetivo	Institución Responsable
Pensión Alimentaria para personas mayores de 68 años que residen en la Ciudad de México ¹¹⁸	Personas de 68 años en adelante.	Contribuir a mejorar las condiciones alimentarias de las personas adultas mayores de 68 años, a través del otorgamiento de una pensión mensual.	IAAM
Visitas Médicas ¹¹⁹	Beneficiarios del programa de pensión alimentaria, dando prioridad a aquellas que viven en zonas de alta y muy alta marginación.	Brindar atención médica primaria de calidad en el domicilio particular.	IAAM
Visitas	Beneficiarios del Programa	El programa tiene tres objetivos: a) Verificación	IAAM

Domiciliarias	de Pensión Alimentaria	de requisitos para ingresar como beneficiario del Programa de Pensión Alimentaria; b) Entrega de tarjetas a través de la cual se otorga la pensión; y c) Control y seguimiento para garantizar que el beneficiario siga cumpliendo con los requisitos para mantenerse como derechohabiente del programa, estar pendiente de su situación social de salud, y brindarle la atención o asesoría que necesite.	
Curso para cuidadoras y cuidadores de personas mayores	Mujeres y hombres que realizan actividades de cuidado en el domicilio de las personas adultas mayores derechohabientes de la pensión alimentaria.	Que las personas que brinden asistencia a una persona mayor sean capaces de resolver necesidades y actividades cotidianas, identificar y evaluar de forma básica la problemática social, funcional y nutricional que afecte la salud y funcionalidad de una adulta o adulto mayor.	IAAM
Centros integrales para el desarrollo de las personas adultas mayores	Personas de 60 años en adelante.	Espacios de participación para las personas mayores, donde se realizan actividades educativas, culturales, recreativas y deportivas, que permitan mejorar su calidad de vida de una forma solidaria y organizada a partir de sus necesidades.	IAAM
Atención integral gerontológica	Personas de 60 años en adelante y prioritariamente a las personas mayores derechohabientes de la Pensión Alimentaria	Brindar la atención requerida por cada persona mayor a través de apoyo e información a los cuidadores primarios, formación y/o fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y el fomento del acompañamiento voluntario.	IAAM
Sistema de Alerta Social Ciudad de México	Todos los habitantes de la CDMX	Atender situaciones de emergencia y/o extravío de habitantes de la Ciudad de México; para contribuir a su localización y/o vinculación con las personas responsables de los mismos, a través de la entrega de una pulsera o accesorio que contendrá un código de identificación personal y números telefónicos de reporte.	Secretaría de Desarrollo Social
Programa de Atención a Personas con Discapacidad en Unidades Básicas de Rehabilitación	Personas con Constancia de Discapacidad y Funcionalidad.	Programa mediante el cual se brinda rehabilitación integral a las personas con discapacidad temporal o permanente y sus familiares, en Unidades Básicas de Rehabilitación.	DIF D.F
Médico en Tu Casa	Afiliados al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX o al Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular).	Brindar atención médica a población vulnerable, principalmente adultos mayores, discapacitados, enfermos terminales, así como disminuir el índice de mortalidad materna-infantil en la capital.	Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Clínica de Geriatría	Afiliados al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX o al Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular).	Garantizar el derecho a la salud de los adultos mayores y contribuir a mejorar su calidad de vida, al realizar una valoración integral del paciente y diseñar un plan de manejo apoyado en la capacitación de los familiares.	Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Fuente: Elaboración propia con información de los portales oficiales de las distintas dependencias y de las entrevistas realizadas para el presente estudio.			

Cabe señalar que las 16 delegaciones que conforman al Distrito Federal pueden tener programas adicionales a los ya señalados. Ejemplo de esto es la Delegación Benito Juárez, la cual cuenta con una Unidad Departamental de Apoyo a Personas de la Tercera Edad para promover programas de servicios, grupos de apoyo, entrega de sillas de ruedas, y centros de educación continua para adultos mayores, entre otras acciones.¹²⁰

A finales de enero de 2016, el Presidente de la República promulgó en el Diario Oficial de la Federación la llamada Reforma Política del Distrito Federal. Dicha Reforma reformó el diseño institucional de la Capital del país y le permitió elaborar su primera Constitución.

El 5 de febrero de 2017 se promulgó la Constitución de la Ciudad de México y en dicha Carta Magna, se reconoce por primera vez que las personas tienen el derecho al cuidado y se visibiliza el tema de la dependencia. El inciso B del Artículo 9 de dicha Constitución señala que:

Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.

Otra innovación es que en el apartado referente al derecho al trabajo se visibiliza la importancia del cuidador al señalar que debe haber protección efectiva de los derechos de las personas trabajadoras del hogar, así como de los cuidadores de enfermos y se reconoce el trabajo del hogar y de cuidados como generadores de bienes y servicios para la producción y reproducción social. Este tema es de gran importancia pues, como señalado en entrevista por un directivo del IAAM, es un sector que no está regulado y en el cual hay un “tema de explotación y falta de capacitación” de las personas que realizan el trabajo de cuidados.

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal y el futuro primer Congreso de la Ciudad de México deberán expedir las leyes secundarias de la organización y funcionamiento de los Poderes públicos de la capital y las normas para implementar las disposiciones constitucionales para la organización pública y administración de la entidad. Es por ello que será necesario tomar en consideración algunas disposiciones que deberán reconsiderarse para el ejercicio de este derecho.

Hacia la consolidación de un sistema de CLP en la Ciudad de México

Si bien, como ya señalado, la necesidad de CLP es un asunto ya asentado en la Ciudad de México desde hace varios años, llama la atención la falta de claridad sobre lo que implican y como se definen entre las autoridades locales entrevistadas para este estudio. Esto se debe a que al preguntarles sobre su concepción de qué son los CLP, observamos que fueron identificados, por un lado, con el espacio físico en el cual se provee los cuidados (como albergues) o con una visión médico-rehabilitadora como se muestra a continuación:

“Un lugar, donde se le pueda brindar una atención integral, una atención desde los aspectos de salud, de funcionalidad, de independencia, de autonomía, de nutrición, de rehabilitación, de mantenimiento de funciones, -estem- o sea lo ideal pues, que no llegue y eso se convierta en un almacén de personas mayores y que sea un lugar que brinde todo este cuidado que sea efectivo, que puedas –estem- vincular a la familia, que la familia no se despegue.” Actor 3 nivel local

Esto contrasta con la respuesta otorgada por el funcionario entrevistado del nivel federal quien inmediatamente hizo referencia a la definición del Consejo de Europa y al concepto de dependencia.

Pese a lo anterior, todos los entrevistados consideran que es un tema de importancia y que atienden población que requiere de CLP pero que actualmente las familias son las que están cubriendo las necesidades de CLP.

“En mi experiencia he notado que las personas dependientes tienen el apoyo básicamente de la familia, está el cuidador primario de los pacientes que son los que auxilian de la más mínima situación que se requiera. Aunado a eso, también se pueden sumar cuidadores secundarios, o miembros de la familia, vecinos, o alguna red de apoyo que se encuentra en la comunidad.” Actor 2 nivel local

Reconociendo esta situación y la importancia de dar respuesta a las necesidades de la población, los tres entrevistados celebraron la inclusión del derecho al cuidado en la constitución capitalina.

“El que exista esta atención dentro de la Constitución, este cuidado a este sector se me hace punto de lanza, creo que no está en la Federal, va a ser de las cosas más de vanguardia que va a tener. Y aquí lo interesante es que va a niños, personas adultas mayores, discapacidad, niños y niñas y adolescentes.” Actor 3, nivel local

Sin embargo, pese a ser reconocido como una necesidad, uno de los entrevistados señaló que considera que la inclusión de este derecho es un asunto aspiracional, aunque hay compromiso en el país para ir avanzando en este sentido.

“Creo que [el derecho al cuidado] es aspiracional pero es una necesidad y dentro de la Estrategia de Acción de la OMS estamos comprometidos a nivel federal, y está esta línea específicamente.” Actor 1, nivel federal

Todos los entrevistados coincidieron en señalar que en el país sí hay información sobre el tema de cuidados que puede servir de base para empezar a estudiar el tema y para identificar necesidades, pero esta puede y debe ser más precisa para implementar un sistema de CLP.

“Yo creo que sí tenemos información pero no la suficiente. Las estadísticas de CONAPO e INEGI, en su mayor parte, no abarcan a la población mayor de 65, y los números no están enfocados hacia cuáles son las patologías que requiere un adulto mayor con CLP, qué enfermedades son las que hay que tomar en cuenta. Quizá, a lo mejor, para presupuestarlo.” Actor 3, nivel local

En cuanto a la dimensión de ámbitos de responsabilidad, todos los actores identificaron que el Estado debe de jugar un papel primordial. Sin embargo, como atinadamente apuntó uno de los entrevistados, la responsabilidad del Estado no debe traducirse en un abandono por parte de la familia.

“Tu como estado sí debes garantizar el acceso a los derechos y quizá coordinándote con otro tipo de instancias privadas, asociaciones civiles y eso [...] ¿Cuál es mi temor en el tema de decir pues tenemos estos lugares de larga estancia universal para quien quiera y lo necesite? Mi terror es que la gente se quiera deshacer de las personas de sus familiares.” Actor 3, nivel local

Esto es de particular importancia pues la familia juega un papel de gran importancia en la atención de las personas mayores.

“En cuanto a la familia, es el motor fundamental para la atención en CLP de las personas adultas mayores. Si un paciente se encuentra bajo el cuidado de la familia, si una persona vieja está bajo el cuidado de la familia, va a ser más fácil que el paciente progrese a buenos cuidados y que se encuentre bien en salud, aunque ya sea longevo el paciente y que tenga, por ejemplo, que no se le haga una complicación o prevenir caídas o neumonías o úlceras [...] Le dan un cariño y apoyo que nosotros no podemos”. Actor 2, nivel local

Llama la atención qué únicamente el funcionario Federal hizo mención a la importancia de la corresponsabilidad del individuo en esta ecuación. Sin embargo, hizo hincapié en el hecho de que, en general, los mexicanos no suelen atribuir responsabilidad y agencia a la persona mayor, a diferencia de lo observado en otros países.

“La visión de la gente es que tanto el Estado como las familias tienen responsabilidad y que tendríamos que encontrar una fórmula compartida. Pero cuando se les preguntaba es de tres actores, el individuo, la familia, el Estado. Pero el propio individuo no, cuando los coreanos o los norteamericanos lo ven como una responsabilidad personal prepararse para esa eventualidad. Aquí el 90% de la gente dice que no. Ahí queda claro que tiene que ser compartido, no puede ser de otra manera.” Actor 1, nivel federal

En cuanto al sector privado y de la sociedad civil coinciden en señalar que actualmente están “brindando un servicio que nadie lo está haciendo”. Sin embargo, hay una preocupación importante sobre la falta de regulación e información que hay sobre estas instituciones.

“[...] tenemos que desarrollar normatividad para estas entidades. Sobre todo que, este es el extremo, pero hay una enorme cantidad de casas privadas, que son habitualmente en casas habitación remodelada, en condiciones precarias, con personal sin capacitación y que ni siquiera sabemos pues en la encuesta de INEGI la inmensa mayoría de estas no aparece.” Actor 1, nivel federal

Sobre la rectoría, los entrevistados confirmaron que es un tema que debe fortalecerse y traslape entre el sector salud y de asistencia social. Por tanto, consideran que es necesario dar claridad sobre este tema ya sea creando una nueva institución rectora o dotando de más recursos a instituciones existentes (como el INAPAM).

“De hecho la mayor parte de los países prevalece una división entre el sector salud y sector social. Cada vez es más clara la necesidad de que esto se maneje de forma [...] Yo creo que se debe construir un puente entre los dos sectores necesariamente. Eventualmente tendría que existir una entidad que pudiera –estem- tuviera esta responsabilidad, que podría ser asumida por el INAPAM si se le dotara la estructura y presupuesto necesario para que esto funcione.” Actor 1, nivel federal

Al preguntarles a los entrevistados sobre qué sector debería ser el que tome liderazgo en el tema, dos de los tres, indicaron que no es conveniente que el sector salud sea el rector por la visión medicalizada propia del sector.

“Se necesita dentro de una institución un área claramente responsable. Porque está muy diluido [...] ojo no estoy diciendo que aquí sea, quizá debería ser un área de desarrollo social, pero no salud, muchas veces se lo han querido vincular a salud pero no. Sí tiene que partir de una institución de gobierno que de norma, pauta, capacite y coordine. Y todas las demás entran porque son necesarias [...]” Actor 3, nivel local.

En cuanto a la cobertura poblacional, todos los entrevistados reconocen a la universalidad como el criterio más deseable y que debe realizarse en función de criterios de funcionalidad y dependencia, no de edad. Sin embargo, ninguno mencionó que la propia Constitución de la Ciudad de México ya establece que deberá ser un sistema de carácter universal.

“Yo creo en la universalidad, no le tengo miedo, a excepción de la pensión alimentaria que poca gente que dice que no, todo lo demás que universalices habrá un sector muy amplio que no lo usará.” Actor 3, nivel local

Para poder evitar un abuso en el uso de este sistema el criterio de elegibilidad en el cual coincidieron los entrevistados es el de la medición de las necesidades de cuidados, de la dependencia. Por tanto, el criterio de inclusión a este sistema no sería la edad, si no la necesidad de cuidados.

“La edad no importa. Aquí en esto, es otro tema que tenemos que introducir, la necesidad de cuidados es eterna. Más bien eso es lo que debe definir la elegibilidad indistintamente de la edad. Si se pone a ver requerimientos, evidentemente no puede ser totalmente indiscriminado pero creo que tendríamos que homologar pero pensando en términos de capacidad intrínseca más que de edad.” Actor 1, nivel federal.

A su vez, dos de los tres entrevistados hicieron mención especial a la importancia de incluir al cuidador como parte de este sistema. Pero desde perspectivas muy distintas. Por un lado se presentó la inclusión como un tema de justicia o reconocimiento por el trabajo realizado:

“Tiene que ser un tema primordial, de reconocer a las personas que brindan este servicio, porque también nos están apoyando y ahorrando mucho al estado y las familias, y –estem- lo más ingrato es que nadie se los reconoce.” Actor 3, nivel local.

Por otro lado, se consideró la inclusión del cuidador como un mecanismo para mejorar la calidad de la atención y evitar los casos de maltrato y negligencia.

“Claro, hay que desarrollar un sistema que permita apoyar a quienes ya están asumiendo esta responsabilidad pues las tasas crecientes de maltrato y negligencia tienen que ver con –ehm- la tarea tan dura que representa cuidar cuando no se sabe ni por dónde empezar.” Actor 1, nivel federal.

En cuanto a la segunda dimensión de los CLP (beneficios, servicios provistos y espacios para la provisión), se les preguntó a los entrevistados si consideraban que el sistema debía de basarse en transferencias o en una cartera de servicios. La persona entrevistada del nivel federal señaló que sería pertinente contar con ambos tipos de mecanismos, mientras que a nivel local uno de los entrevistados se manifestó inclinado por ampliar la cartera de servicios de programas existentes, mientras que la segunda persona habló de las transferencias como un mecanismo para compensar a los cuidadores pero no profundizó específicamente sobre cuál es la modalidad más deseable para un sistema de CLP en México.

Sobre el espacio para ofertar los servicios de CLP, todos los actores entrevistados coincidieron en señalar que existen en el mundo, y deben existir, diversas opciones acordes a las preferencias y necesidades de los usuarios.

“[...] hay que ver cómo darle apoyo a las familias de forma eficaz que permita que la gente esté en el lugar más apropiado, para cada caso será distinto.” Actor 3, nivel local.

Finalmente, en cuanto a la dimensión del financiamiento podemos señalar que no fue posible realizar un análisis a mayor profundidad con los actores entrevistados. Quien más desarrolló el tema fue el funcionario del nivel Federal quien reconoció la importancia de crear fórmulas, como seguros, para hacer sustentable el sistema debido a los altos costos asociados al CLP. Pese a esto, todos señalaron que es uno de los grandes retos en el proceso de consolidar un sistema de CLP, pero que no es el único.

“El costo, si partimos de la base de las cuentas nacionales de salud, la parte el global de los cuidados es casi lo mismo que la atención hospitalaria. Evidentemente que no hay ese recurso, no existe. Esto es algo que tendría que financiarse de otra forma, otras fuentes, o generar como intentaron en EEUU un programa de aseguramiento voluntario [...] no es posible generarlo todo a expensas del Estado.” Actor 1, nivel federal.

Cabe señalar que en relación a este tema, dos de los tres entrevistados coincidieron en señalar que el tema de la falta de información es de gran relevancia para el tema del presupuesto. Que es necesario generar más datos e información para poder presupuestar los costos que tendrá el sistema de salud y, en función de eso, poder definir qué servicios o prestaciones se podrán ofertar a la población.

“La cuestión del presupuesto y lo de la que sea sustentable. Que si se instala un programa de CLP en la CDMX o en todo el país que sea sustentable en el aspecto de qué tanto genere datos, en las estadísticas, que eso todavía nos falta documentar más, y al momento de dar esa evidencia poder adquirir el presupuesto. Pero creo que lo más lo más importante es el presupuesto.” Actor 2, nivel local.

XI. Discusión

La tipología más completa sobre sistemas de CLP, encontrada hasta el momento, por el número de variables consideradas y casos analizados es la presentada en el estudio realizado en el marco de la iniciativa de Valoración de Necesidades de Cuidados en Naciones Europeas (ANCIEN por su cifras en inglés) Typology of Long Term Care Systems in Europe. No obstante, consideramos que esta resulta poco útil para los objetivos del presente trabajo por dos razones. La primera es que no contempla los diferentes modelos de financiamiento que se han adoptado en los sistemas de CLP de los países analizados pues considera que, a diferencia de lo ocurrido en el sector salud, es poco clara la diferenciación entre aquellos sistemas financiados predominantemente por seguros sociales o por impuestos generales. Consideramos que este aspecto no puede dejarse de lado al analizar los sistemas de CLP pues tiene implicaciones importantes en cuanto al acceso y son definitorios para la

sustentabilidad financiera del sistema. Aunado a lo anterior, al querer extrapolar estos esquemas a la realidad latinoamericana, es importante analizar a mayor profundidad el tema pues los países de esta región enfrentan importantes retos en esta materia pues se caracterizan por baja recaudación de impuestos¹²¹ y un alto porcentaje de su población está empleada en la economía informal.¹²² Finalmente, la segunda razón es que el estudio de ANCIEN no contiene un análisis pormenorizado de las distintas opciones de políticas y esquemas organizativos y sus posibles implicaciones; lo cual resulta insuficiente si se plantea que este estudio sea de utilidad para los tomadores de decisiones que buscan establecer un sistema de CLP.

La propuesta de utilizar el enfoque del cubo de la salud universal para analizar los sistemas de CLP coincide con lo señalado por Matus-López en un artículo titulado “Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas”. Tras realizar una revisión sistemática de artículos y estudios, publicados entre 2010 y 2015, el autor llega a una conclusión similar a la arribada en este trabajo en el sentido de que los tres grandes ejes para clasificar los sistemas de CLP son la definición del acceso, la forma de financiación y la canasta de servicios y prestaciones económicas.¹²³

Tener en consideración estas tres dimensiones, y pensarlas en función del cubo, resulta de gran utilidad para dar cuenta de los desafíos en cuanto a equidad, sostenibilidad y el grado en que el sistema responde a las necesidades de las personas que requieren de CLP. Sin embargo, es importante que podamos dimensionar el tamaño real del cubo; es decir, que conozcamos cuántas personas requieren de cuidados, qué servicios necesitan y cuánto cuesta realmente proporcionarlos. Por ello, la importancia de contar con información suficiente y de calidad para poder emprender cualquier política pública en la materia.

Cabe señalar que el estudio de Matus omite incluir la cuarta dimensión agregada en este trabajo sobre los ámbitos de responsabilidad. Consideramos que esto es un desacierto por dos razones principales. La primera es que la definición sobre el papel del Estado, la familia y el individuo repercute de manera significativa en cuanto a las dimensiones de cobertura, beneficios y financiamiento. Por tanto, es un asunto nodal en cuanto a la construcción y organización de los sistemas de CLP. La segunda es que la definición de la rectoría del sistema de CLP bajo salud, asistencia social, seguridad social, o cualquier otra institución también tiene implicaciones en cuanto a las modalidades de financiamiento, y la perspectiva y organización del sistema. Por ejemplo, si el sistema opera bajo la rectoría de salud es más probable encontrar una visión médico-rehabilitadora; si opera bajo la seguridad social es probable que sea financiado el sistema con un mecanismo similar de aseguramiento, etc. Por tanto, la dimensión de

ámbitos de responsabilidad no debe ser dejada por fuera de cualquier análisis sobre los sistemas de CLP pues define en gran medida la configuración del resto de las dimensiones de los sistemas de CLP.

En cuanto a los resultados sobre los CLP en la Ciudad de México, este trabajo recoge elementos que diversos autores ya han estudiado con anterioridad, como es la historia del desarrollo de las políticas sobre envejecimiento a nivel federal y local. Sin embargo, el aporte, o diferencia, proviene de dos elementos: a) la reflexión sobre la inclusión del derecho al cuidado en la Constitución de la Ciudad de México, y b) los aportes provenientes de las entrevistas cualitativas para identificar retos actuales y perspectivas sobre el desarrollo de un sistema de CLP. Esto último deberá servir como un primer acercamiento pues puede enriquecerse con la inclusión de entrevistas a funcionarios de otros sectores (e.g. representantes del poder legislativo, de hacienda, de trabajo, entre otros), de representantes de la sociedad civil y el sector empresarial, y de los propios sujetos de atención del futuro sistema (personas con dependencia y cuidadores).

XII. Conclusiones y recomendaciones

El proceso de envejecimiento demográfico es una realidad en la Ciudad de México. El no reconocer esto desde la esfera pública e ignorar las necesidades de cuidados que requiere entre 5% y 10% de esta población sería perder la oportunidad de adecuar las políticas y acciones del sector público para enfrentar una creciente demanda de cuidados en términos absolutos. Por ello, es fundamental avanzar en la creación de un mecanismo de protección público que tome en consideración al conjunto de actores involucrados en el binomio de necesidad-cuidado, desde la población infantil, las personas con discapacidad, las personas de sesenta años y más, y las mujeres y otros miembros de la familia que se dedican a la labor de cuidar.

Este mecanismo es un sistema de CLP, el cual deberá articular los servicios existentes con nuevas prestaciones, y requerirá como sustento nuevos marcos regulatorios, una estrategia de formación de recursos humanos, un sólido sistema de gestión y generación de información, y un cambio cultural sobre cómo se entiende el envejecimiento en la Ciudad y la corresponsabilidad. Sus principios rectores deberán ser la solidaridad financiera e intergeneracional, la universalidad y la corresponsabilidad entre Estado, familia y persona. Los sujetos de derecho en este sistema serán todas aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia y que requieran apoyo para realizar las ABVD y AIVD. Esto implica que el sistema atenderá a las personas de la Ciudad de México desde una lógica de necesidad,

es decir, indistintamente de su edad, aunque se reconocerá y será sensible al hecho de que entre sus principales usuarios serán las personas mayores.

Para avanzar en este sentido, el tema de cuidados deberá elevarse al más alto nivel posible en la agenda pública pues requerirá de acuerdos entre los diversos sectores del gobierno (especialmente entre salud y desarrollo social) y requerirá de un espacio fiscal suficiente para asegurar su desarrollo. Sin duda, la inclusión del derecho al cuidado en la nueva Constitución apunta a un reconocimiento de su importancia. Pero para asegurar su inclusión en el Programa General de Desarrollo de la Ciudad del 2019 y para generar políticas públicas y marcos legales suficientes, necesitamos avanzar en:

- Una comprensión común de qué son los CLP.
- El reconocimiento público del derecho al cuidado como una nueva conquista social con una estrategia de comunicación que facilite una transformación cultural, una mayor comprensión de la corresponsabilidad en la materia y su importancia ante el envejecimiento poblacional.
- Generar un diagnóstico de la dependencia funcional y sus costos en la Ciudad de México.
- Censo sobre las instituciones privadas que proveen CLP y las características de los usuarios de las mismas.

Una vez con esta información se deberá crear una estrategia para la consolidación del sistema de CLP que deberá considerar, al menos, las siguientes líneas estratégicas según las cuatro dimensiones que tienen los sistemas de CLP.

Línea estratégica 1: Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría del sistema de cuidados a largo plazo

Para hacer efectivo el derecho al cuidado consagrado en la Constitución de la Ciudad de México, es necesario un fortalecimiento del papel del gobierno de la ciudad en materia de provisión, regulación y formación de recursos humanos, y una clara definición de funciones de las distintas instancias que participarán y liderarán este sistema. Para ello se deberá:

1.1 Definir o crear una autoridad rectora para los CLP con capacidades de liderazgo y recursos suficientes para promover la acción intersectorial, de establecer nuevos mecanismos de acción o de optimizar los existentes, y garantizar calidad del sistema de CLP. Idealmente, dicha institución será del sector de desarrollo social y tendrá capacidades para coordinar actividades con todas las instituciones gubernamentales, en particular con el sector salud.

1.2 Modificar el marco legal y regulatorio para eliminar la duplicidad de funciones entre las instancias gubernamentales en materia de cuidados y reflejar la rectoría de la institución que sea designada o creada como responsable del sistema de CLP.

1.3 Formular planes y políticas donde se manifieste la voluntad del gobierno de la Ciudad de México de crear un sistema de cuidados a largo plazo con acceso universal, los cuales deberán definir metas claras y mecanismos de monitoreo y evaluación.

1.4 Fortalecer los sistemas de información para elaborar diagnósticos sobre la dependencia funcional y sus costos en la Ciudad de México y sobre los proveedores públicos y privados que ofertan estos servicios. Estos datos deberán desagregarse por grupos etarios, variables socioeconómicas y género a fin de buscar avances en torno a la equidad.

1.5 Desarrollar capacidades para la planificación estratégica y regulación para la provisión de servicios de cuidados a largo plazo y formación de recursos humanos acorde a las necesidades actuales y futuras de la población de la Ciudad de México.

1.6 Desarrollar acciones que reconozcan al individuo como centro del sistema de CLP y que tomen en consideración sus preferencias.

1.7 Diseñar, aplicar y promover políticas para fomentar una mayor participación de los hombres en las actividades de cuidado.

Línea estratégica 2: Ampliar de manera progresiva el acceso universal y equitativo al sistema de cuidados.

La Constitución de la Ciudad de México señala que el acceso al sistema de cuidados deberá ser de carácter universal. Por tanto, el nuevo sistema de CLP deberá ser implementado mediante etapas de acceso gradual de los grupos poblacionales. Para ello se deberá:

2.1 Diseñar una estrategia de implementación progresiva y gradual del sistema de CLP, favoreciendo en las primeras etapas a las personas sin seguridad social, que habitan en zonas de alta y muy alta marginación y/o sin redes sociales de apoyo.

2.2 Establecer criterios de elegibilidad en función del grado de dependencia de la persona, no de la edad. Se dará preferencia a las personas sin seguridad social, a las que viven en zonas de alta y muy alta marginación y/o sin redes sociales de apoyo.

2.3 Instaurar provisiones para evitar el abandono de las personas mayores a través del reconocimiento de la corresponsabilidad de la familia (definición de obligaciones y responsabilidades) en el cuidado de las personas dependientes.

2.4 Desarrollar modelos de atención centrados en las necesidades de las personas, las familias y las comunidades.

2.5 Identificar inequidades en acceso de los diversos grupos poblacionales a través del análisis basado en evidencia de la situación de salud y con un enfoque de determinantes sociales de la dependencia.

2.6 Incluir a los cuidadores principales como parte central del sistema y como beneficiarios del mismo.

Línea estratégica 3: Ampliar de manera progresiva los servicios, beneficios y prestaciones del sistema de cuidados, garantizando la calidad de los servicios, incluyendo a la familia y garantizando condiciones de empleo digno para el personal que provee cuidados

El sistema de CLP deberá proveer servicios, beneficios y prestaciones acordes a las necesidades de las personas con dependencia y sus familias, con calidad y según las posibilidades de financiamiento y recursos existentes del sistema. Para ello se deberá:

3.1 Avanzar en la definición de una cartera de servicios integrales, de calidad y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades de las personas con dependencia y acorde a las capacidades del sistema.

3.2 Avanzar en la definición de una cartera de servicios integrales acorde a las necesidades de los cuidadores informales. Esta cartera deberá considerar acciones para crear redes de apoyo a los cuidadores informales que ayuden a prevenir el agotamiento físico y mental del cuidador y un mecanismo de remuneración económica acorde a las capacidades del sistema.

3.3 Promover estrategias para garantizar un trabajo digno a los cuidadores y el respeto de sus derechos humanos, y para fomentar la capacitación y profesionalización de los recursos humanos (formales e informales) que proveen cuidados.

3.4 Definir estándares de atención y de indicadores de calidad, y crear mecanismos que regulen y supervisen su cumplimiento en instituciones públicas y privadas.

3.5 Crear un mecanismo de fiscalización para garantizar la calidad de la atención prestada en instituciones públicas y privadas.

3.6 Promover la creación de diversas soluciones para la provisión de los cuidados acorde a las preferencias de los usuarios y según las capacidades del sistema. Dichas soluciones deberán contemplar desde la provisión de asistencia domiciliaria, comunitaria e institucional.

Línea estratégica 4: Diseñar mecanismos de financiamiento solidarios y sostenibles que promuevan la equidad y la eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo de servicios de cuidados.

El sistema de CLP deberá contar con recursos financieros adecuados y suficientes para garantizar para evitar un gasto empobrecedor. El pago directo (o gasto de bolsillo) en el momento de la prestación de los servicios, la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, representa un flujo inestable de recursos financieros y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema; tiene además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto. La movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud. Los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.

4.1 Garantizar un financiamiento suficiente y con regulaciones específicas para la implementación progresiva del sistema de CLP.

4.2 Promover la creación de esquemas de aseguramiento público y privado para dar respuesta a las necesidades de cuidado.

4.3 Promover la cultura del aseguramiento a través de la educación pública.

XIII. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio fue la imposibilidad de realizar un mayor número de entrevistas para enriquecer el trabajo de la investigación cualitativa realizada. Para elaborar una estrategia sólida

de CLP se sugiere la participación no sólo de más informantes claves si no de la realización de mesas de trabajo con expertos, trabajadores y usuarios con miras a atender las necesidades de todos los involucrados.

Asimismo, como señalado en el apartado anterior, es fundamental contar con un diagnóstico de la dependencia funcional y sus costos. Sin ello, cualquier propuesta de política o plan de acción estará destinada al olvido.

Pese a lo anterior, se considera que los resultados de este trabajo pueden servir como base para el desarrollo de futuras políticas y programas en la materia.

XIV. Bibliografía y referencias bibliográficas

- 1 Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población 2010-2050 [base de datos en internet]. México: Consejo Nacional de Población [actualizada el 23 de diciembre de 2015; acceso 30 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- 2 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2012.
- 3 Envejecimiento y Ciclo de Vida [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [acceso el 14 junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
- 4 Caselli G, Vallin J, Wunsch G. Demography -analysis and synthesis: a treatise in population. Londres: Elseiver; 2006; vol 1: 552-553.
- 5 Kirk D. Demographic Transition Theory. Population Studies [Internet] 1996 [4 septiembre 2015]; 50: 361-387. Disponible en: http://shrinking.ums-riate.fr/Ressources/Chap_01/KIR_96.pdf
- 6 Ordorica M. Grandes problemas, una mirada al futuro demográfico de México. Los grandes problemas demográficos. Ciudad de México: El Colegio de México, 2015: 119.
- 7 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects: The 2015 Revision [base de datos en internet]. Nueva York: Naciones Unidas [actualizada el 29 de julio de 2015; acceso 15 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>
- 8 Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 9 Consejo de Europa. Recomendación nº (98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. Anexo a la Recomendación nº R (98)9. Estrasburgo: Consejo de Europa, 1998.

-
- 10 Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. 1a edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
- 11 Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Síntesis Ejecutiva. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- 12 Envejecimiento y Ciclo de Vida [página web]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado: 14 junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
- 13 López Ortega M, Jiménez Bolón JE. Dependencia y cuidados de largo plazo. En: Gutiérrez LM, García MC, Jiménez J (eds.). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014: 29-62.
- 14 Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos_download/101243_1.pdf
- 15 Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci* [Internet] 2010 [consultado: 12 julio 2016]; 2(1):392–402. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036955>
- 16 Jin K. Modern Biological Theories of Aging. *Aging Dis.* 2010 Oct; 1(2): 72-74. Consultado 2 de Agosto 2016 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995895/>
- 17 Caplan G. Geriatric medicine, an introduction. Melbourne: IP Communications Pty; 2014.
- 18 Maguire S, Slater B. Physiology of ageing. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* [Internet] 2013 [consultado: 10 septiembre 2016]; 14(7): 310–312. Disponible en: [http://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299\(13\)00102-1/abstract?cc=y](http://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299(13)00102-1/abstract?cc=y)
- 19 Dziechciaz M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psychosocial aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [Internet] 2014 [consultado: 20 octubre 2016]; 21(4): 835-838. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528930>
- 20 Gutiérrez LM, Giraldo L. Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta nacional de envejecimiento. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015: 37.
- 21 Montes De Oca-Zavala, V. (2010). "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo". En Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm.62.

-
- Tlaquepaque, Jalisco: ITESO consultado el 4 de agosto de 2016 en <http://hdl.handle.net/11117/235>
- 22 Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; s/a [acceso el 14 junio 2016] <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- 23 Weeks J.R. Population: An Introduction to Concepts and Issues. 6. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1996.
- 24 Huenchuan S, Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2011. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
- 25 Löckenhoff C, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae R, De Bolle M, Costa PT, Aguilar-Vafaie ME, et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. Psychol Aging [Internet] 2009 [consultado: 2 septiembre 2016]; 24(4): 941–954. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933107/>
- 26 Botton, F. ¿Qué hacer con los viejos?. Estudios de Asia y África [Internet] 2012 [consultado: 13 agosto 2016]; 47(2): 219-236. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/que_hacer_viejos.pdf
- 27 Boduroglu A, Yoon c, Luo T, Park DC. Age-Related Stereotypes: A Comparison of American and Chinese Cultures. Gerontology [Internet] 2006 [consultado: 2 junio 2016]; 52:324–333. Disponible en: http://webuser.bus.umich.edu/yoonc/research/Papers/Boduroglu_Yoon_Luo_Park_2006_AgeRelated_Stereotypes_American_Chinese_PSPB.pdf
- 28 Bernd R, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing. Copenhagen: Organization Mundial de la Salud; 2009.
- 29 Global Age Watch Index 2015. 22 de noviembre de 2016 <http://www.helpage.org/global-agewatch/>
- 30 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud; 2011.
- 31 Trigás M, Ferreira L, Mejjide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16. 18 agosto 2016.
- 32 Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol 2005; 4 (1-2): 81-85.

-
- 33 Organización Mundial de la Salud. Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 34 Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2011.
- 35 Igareda N. El derecho al cuidado en el Estado Social de Derecho. AFD 2012; 28: 185-206.
- 36 Rodríguez C. Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones. Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe [Internet] 2005 [consultado el 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.cepal.org/mujer/reuniones/mesa38/c_rodriguez.pdf
- 37 Pautassi LC. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo [Internet] 2007 [consultado el 18 de marzo de 2017]; 87. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf
- 38 Ranci C, Pvolini E. Reforms in long-term care policies in Europe: investigating institutional change. Nueva York: Springer-Verlag; 2013.
- 39 Manrique B, Salinas A, Moreno KM, Acosta I, Sosa AL, Gutiérrez LM, Téllez MM. Condiciones de Salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública Mex 2013; 55 suppl 2: S323-S331.
- 40 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 [base de datos en internet]. México: INEGI; 2012 [consultada el 5 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/78>
- 41 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OECD Stat [base de datos en internet]. sl: OCDE; 2014 [actualizada el 30 de junio de 2016, consultada el 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/>
- 42 Rodrigues R, Schmidt A. Paying for long-term care. Policy Brief. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2010. Disponible en: http://www.euro.centre.org/data/1283437589_95069.pdf
- 43 Lipszyc B, Sail E, Xavier A. Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. European Commission. Economic Papers [Internet] 2012 [consultado 2 diciembre 2016]; 469. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf
- 44 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

-
- 45 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a Glance: Europe 2010, sl: OECD Publishing, 2010.
- 46 Bronfman M. Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- 47 Wright K. The economics of informal care of the elderly. Nueva York: Centre for health economics University of York, 1987.
- 48 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Demencias y Otros Trastornos Discapacitantes en las Personas Mayores. CE156/13. Washington D.C.: Comité Ejecutivo, 2015.
- 49 Robles L. El Fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. Estudios demográficos y Urbanos [serie en internet] 2001 [consultado 15 agosto 2015]; 48: 561-584. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31204805>.
- 50 Arroyo MC. El cuidado en la vejez avanzada: escenarios y tramas de violencia estructural y de género. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet] 2010 [consultado: 15 agosto 2015]; 10: 1-21. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/cuidado_vejez_avanzada.pdf
- 51 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Trabajo no remunerado de los hogares [página en internet] [consultado 2015 agosto 16]. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/>
- 52 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. PIB y cuentas nacionales [base de datos en internet]. México: INEGI [consultado 30 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/default.aspx>.
- 53 Lyons K, Zarit SH. Formal and informal support: the great divide. International Journal of Geriatric Psychiatry [Internet] 1999 [consultado: 15 agosto 2015]; 14(3): 183-192. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199903\)14:3%3C183::AID-GPS969%3E3.0.CO;2-J/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1166(199903)14:3%3C183::AID-GPS969%3E3.0.CO;2-J/abstract)
- 54 Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs [Internet] 2008 [consultado: 15 agosto 2015]; 108 (9S): 23-27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791523/>
- 55 Islas NL, Ramos del Río B, Aguilar MG, García ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex [Internet] 2006 [consultado: 15

-
- agosto 2015]; 19(4): 266-271. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852006000400006&script=sci_arttext
- 56 Canga A., Vivar C. G., Naval C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales Sis San Navarra [Internet]* 2011 [consultado 12 agosto 2015]; 34(3): 463-469. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137->
- 57 Puga, MD. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Revista Española de Salud Pública [serie n internet]* 2005 [consultado 2015 agosto 16]; 79(3): 327-330.
- 58 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Demencias y Otros Trastornos Discapacitantes en las Personas Mayores. CE156/13. Washington D.C., Comité Ejecutivo; 2015.
- 59 Dery D. *Problem definition in policy analysis*. Lawrence: University Press of Kansas, 1984.
- 60 Gutiérrez Robledo, JL, Giraldo Rodríguez, L. *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez*. México D.F.: UNAM, 2015.
- 61 MontesDeOca-Zavala V. *Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*. Renglones 2010; 62159-181.
- 62 Lozano R, Gómez Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. *Carga de la enfermedad en México 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2014.
- 63 Constitución CDMX. Art. 9. Disponible en: <http://www.cdmx.gob.mx/constitucion>
- 64 Taylor, SJ y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós, 1986.
- 65 Ranci C, Pavolini E. *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*. Nueva York: Springer-Verlag New York, 2013.
- 66 Clarke A. *The sociology of healthcare*. 2 edición. Nueva York: Routledge, 2010.
- 67 Philips J. *Care. Key Concepts*. Cambridge: Polity Press, 2007.
- 68 García B, Pacheco E. *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. México: El Colegio de México, 2014.
- 69 Sudhinaraset M, Ingram M, Kinlaw H, Montagu D. What is the role of informal healthcare providers in developing countries? A systematic review. *PLoSOne [internet]* 2013 [consultado el 24 de enero 2017]; 8(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566158/>

-
- 70 Banco Mundial. Long-term care policies for older populations in new EU member states and Croatia: Challenges and Opportunities. Washington D.C : Banco Mundial, 2010.
- 71 Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2011.
- 72 Milligan C, Volpel A. Public-Private partnerships in Medicaid Long Term Care. Wisconsin Family Impact Seminars [Internet] 2014 [consultado el 18 de agosto de 2016]; 31-38. Disponible en: http://wisfamilyimpact.org/wp-content/uploads/2014/10/s_wifis23c04.pdf
- 73 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Japan. Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. Paris: OECD Publishing, 2013.
- 74 Comas-Herrera A, Pickard L, Wittenberg R, Malley J, King D. The long-term care system for the elderly in England. ENEPRI Research Report NO. 74, 2010.
- 75 Willemé P. The long-term care system for the elderly in Belgium. ENEPRI Research Report NO. 70, 2010.
- 76 Weber, M. The theory of social and economic organization. New York, Oxford University Press, 1947.
- 77 Gallo P. Descentralización y desconcentración: ¿excepciones a la improrrogabilidad de la competencia?. República Jurídica Administrativa [Internet] 2011 [consultado el 10 enero 2017]; 3: 65-75. Disponible en: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/repjurad/cont/3/art/art4.pdf>
- 78 Khaleghian P. Decentralization and Public Services: The Case of Immunization . World Bank Policy Research Working Paper [Internet] 2003 [consultado el 24 de julio de 2016]; 2989. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/Feb2004Course/Background%20materials/Khaleghian.pdf>
- 79 Schulz E. The long-term care system for the elderly in Denmark. ENEPRI Research Report NO. 73, 2010.
- 80 Danson M, McAlpine R, Spicker P, Sullivan W. The Case for Universalism. An assessment of the evidence on the effectiveness and efficiency of the universal welfare state. Biggar: The Jimmy Reid Foundation , 2012.
- 81 Gonzalez AA, Moreno FJ. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

-
- 82 Esping-Andersen G. *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- 83 Medicaid Eligibility. U.S. Department of Health and Human Services [página de internet]. Washington D.C: s/a [acceso el 17 de junio de 2016]. <https://longtermcare.acl.gov/>
- 84 Schulz E. *The long-term care system for the elderly in Germany*. ENEPRI Research Report NO 78, 2010.
- 85 Consolidation Act No. 1093 of 5 September 2013. Disponible en: https://socialsciences.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/collegeofsocialsciencesandinternationalstudies/politics/research/statorg/denmark/ngo/Administrative_Law-Consolidation_Act_on_Social_Services-English_.pdf
- 86 República Oriental del Uruguay. Ley No. 19.353. Sistema Nacional integrado de cuidados. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/58642/1/ley-19.353---sistema-de-cuidados.pdf>
- 87 People in the EU – statistics on an ageing society. Eurostat [página de internet]. S/1; 2016 [consultado el 30 enero 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society#The_elderly_living_alone
- 88 Glendinning C. *Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England*. *Social Policy & Administration* 2008;42(5):451-469.
- 89 Currie J, Gahvari F. *Transfers in cash and in-kind: Theory meets the data*. *Journal of Economic Literature* 2007; 46(2), 333-383.
- 90 Lieber E, Lockwood LM. *Costs and benefits of in-kind transfers: the case of Medicaid home care benefits*. Ann Arbor: Michigan Retirement Research Center, 2013.
- 91 Piedra L, Jaén M. *Transferencias redistributivas en metálico y en especie: una síntesis*. *Revista de Economía Pública* 2009; 3: 95-126.
- 92 Bettio F, Verashchagina A. *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2010.
- 93 Kraus M, Riedel M, Mot E, Willemé P, Röhring G, Cypionka T. *A Typology of Long Term Care Systems in Europe*. ENEPRI Research Report NO. 91, 2010.
- 94 Da Roit B, Le Bihan B. *Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies*. *Milbank Q* [Internet] 2010 [consultado el 6 de enero de 2017]; 88(3): 286–309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000929/#b15>

-
- 95 Brodsky J, Jabib J, Hirschfeld M. Key policy issues in long-term care. Ginebra: OMS; 2003.
- 96 Robertson R, Gergory S, Jabbal J. The social care and health systems of nine countries; 2014. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf> P. 10.
- 97 Fukui T, Iwamoto Y. Policy options for financing the future health and long-term care costs in Japan. Cambridge: National Bureau of Economic Resarch, 2006.
- 98 Victor E. A Systematic Review of Interventions for Carers in the UK: Outcomes and Explanatory Evidence. Londres: Princess Royal Trust for Carers, 2009.
- 99 Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, Menone R, Prince M, Patel V. The Effectiveness of a Home Care Program for Supporting Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: A Randomised Controlled Trial from Goa, India. PLoS ONE [internet] 2008 [consultado el 12 diciembre 2016]; 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002333>
- 100 Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Golder S, Arksey H, Adamson J, Drummond M. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. J Am Geriatr Soc. 2007; 55(2):290-9.
- 101 Wittenberg R, Sandhu B, Knapp M. Funding long-term care: the public and private options. en: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. Londres: The European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- 102 Allen K, Bednárík R, Campbell L, Dieterich A, Hirsch E, Thomas D, Glasby EJ, Gobet P, Kagialaris G et al. Governance and finance of long-term care across Europe. Birmingham: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2011. http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/1%20WP6_GOV_FIN_final.pdf
- 103 Perker AS, Lindner M E, Chernichovsky D, Schellekens OP. Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course. Washington DC: World Bank, 2013.
- 104 Razo AM. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. Revista CONAMED [Internet] 2014 [consultado el 8 de noviembre 2016]; 19(2). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/7/70>
- 105 González JC. Evaluación de las acciones del INAPAM: avances y retos. Salud Pública Mex 2015; 49: E349-E352.
- 106 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación. Última Reforma DOF 19 mayo 2017.

-
- 107 Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud. Diario Oficial de la Federación. 22 agosto 1979. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4832881&fecha=22/08/1979
- 108 Reglamento de Residencias Diurnas. INAPAM [página de internet]. México [consultado el 2 diciembre de 2016]: INAPAM; 2003. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/128/1/images/REGLAMENTO_DE_RESIDENCIAS_DIURNAS.pdf
- 109 Vivaldo M, Martínez ML. La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En: Robledo LM, Kershenobich D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Instituto Nacional de Geriátrica, Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012: 27-42.
- 110 Ruiz MH, Curuchet N. Políticas Públicas, bioética y dependencia. En: Mendoza F, Omaña E. Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. México: INGER; 2012: 43-54.
- 111 Raccanello K, Ángeles MI, Molina N. Envejecimiento y políticas sociales integradas en la Ciudad de México. Gestión y Análisis de Políticas Públicas [Internet] 2014 [consultado el 3 de marzo de 2017]; 12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2815/281532956008.pdf>.
- 112 Decreto por el que se regula el organismo descentralizado Instituto Nacional de Adultos en Plenitud. Diario Oficial de la Federación. 17 enero 2002. Disponible en: https://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=737479&fecha=17/01/2002
- 113 González, JC. Mesa redonda XXX. Evaluación de las acciones del INAPAM; avances y retos. Salud Pública de Méx [Internet] 2007 [consultado el 4 de enero de 2017]; 49: EE 1. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7543/9992>
- 114 Cursos para cuidadores de Adultos Mayores, impartidos por el Inapam. INAPAM [página de internet]. México: INAPAM [consultado el 2 de junio de 2017]. <http://www.gob.mx/inapam/articulos/cursos-para-cuidadores-de-adultos-mayores-impartidos-por-el-inapam>
- 115 Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del reglamento interior de la administración pública del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 29 de junio de 2007. Disponible en: http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/images/pdf/Decreto_IAAMDF.pdf

-
- 116 Gobierno del Distrito Federal. Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012. [consultado el 2 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.pgjdf.gob.mx/fedapur/DF/Programas/Programa%20General%20de%20Desarrollo%20DF%202007%20-%202012.pdf>
- 117 Gobierno del Distrito Federal. Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018. México: Gobierno del Distrito Federal.
- 118 Pensión Alimentaria. IAAM. [página web] visitado el 14 julio 2017. <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/programas-sociales/pension-alimenticia>.
- 119 Visitas Médicas Domiciliarias. IAAM. [página web] visitado el 14 julio 2017. <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/programas-sociales/visitas-medicas>.
- 120 Unidad departamental de apoyo a personas de la tercera edad. Delegación Benito Juárez [página de internet]. México: Delegación Benito Juárez. [consultado el 15 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.delegacionbenitojuarez.gob.mx/mujeres-bj/apoyo-tercera-edad>.
- 121 OCDE/CEPAL/CIAT. Revenue Statistics in Latin America 1990-2010. SI: OECD Publishing, 2012.
- 122 Huitfeldt S, Jütting J. Informality and Informal Employment. En: OCDE. Promoting pro-poor growth: employment. OECD, 2009: 95-108.
- 123 Matus-López M. Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas. Cad. Saúde Pública 2015; 31 (12): 2475-2481.

XII. Anexos

Anexo 1: Población Personas Mayores de 60 años o más como porcentaje de la población total 1990-2030

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Nacional	6.4%	6.9%	7.5%	8.2%	8.9%	10.0%	11.4%	13.0%	14.8%
Ciudad de México	6.5%	7.6%	8.7%	9.9%	11.4%	13.4%	15.6%	18.0%	20.4%

Fuente: CONAPO. Proyecciones de población. disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos (consultado el 17/03/2017)

Anexo 2: Palabras asociadas en México con el concepto de "adulto mayor"

Dígame tres palabras que asocie con la palabra "Adulto Mayor" (porcentajes)									
		Experiencia/ Sabiduría/ Respeto	Anciano/ Vejez/ Canas/ Abuelo	Enfermedad/ Jubilación/ Pobreza/ Cuidados	Maltrato/ Abuso/ Abandono	Otros	Insuficiente especificado	No sabe	No contesta
Región	Ciudad de México y Estado de México	55.4	112.3*	31.6	14.1	25.1	13.1	0.8	1.7
	Centro	50.3	75.1	21.4	14.7	31.8	14.8	9.4	2.3
	Norte	75.3	59.5	31.3	12.0	31.0	21.0	2.6	6.4
	Sur	43.2	91.9	34.4	6.6	48.3	15.4	7.7	0.4

* Algunos encuestados mencionaron la misma palabra dos veces o más, por lo que el porcentaje supera cien por ciento

Fuente: Gutiérrez LM, Giraldo L. Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta nacional de envejecimiento. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015:34.

Anexo 3: Tipologías y estudios de sistemas de CLP

Publicación	Año	Resumen	Tipología utilizada
Esping-Andersen	1990	Otros similares Pacolet 1999, Bettio y Plantenga 2004	Tipología de estados de bienestar.
OMS	2003	Identifi	Identifica una serie de temas sobre los cuáles se deben de tomar decisiones al diseñar CLP. Dos son los temas principales: a) población objetivo y b) beneficios. Dependiendo de esos dos temas se definen fuentes de financiamiento, apoyo familiar, certeza de criterios de elegibilidad, beneficios, cobertura de discapacidades, existencia de transferencias económicas.
Glendering et al	2004		Mismo que OMS y agregan cuál es el papel de los distintos niveles de gobierno para crear marcos financieros sustentables.
Merlis M. Long-term care financing: models and issues	2004	Overview of some of the basic policy choices to be made in designing a financing system.	Habla de dos categorías generales: a) programas de seguridad social y b) los programas asistenciales. Pero reconoce complejidad y modelos mixtos. Considera cuatro dimensiones clave de clasificación: a) universalidad b) derecho o capacidad de financiamiento, c) fuentes de financiamiento, d) responsabilidad nacional o local. Incluye un apartado donde revisa el papel de los proveedores privados y las familias.
De Roit	2007	Comparación de sistemas de transferencias	Centralización de legislación, implementación y financiamiento. Aunado ven criterios de elegibilidad.
Wendt	2009		
Kraus M. A Typology of Long Term Care Systems in Europe	2010	This report aims at contributing to knowledge on LTC system design features by developing a typology of LTC system models in EU countries, which are characterized by diverse arrangements for the provision of care/organization and financing. We seek to provide a typology of comprehensive LTC systems, derived from the systems present in a broad range of EU member states.	This procedure resulted in six variables describing the organization of LTC systems (meanstested access, entitlement, the availability of cash benefits, the choice of provider, quality assurance and integration) and two variables characterizing the financing of LTC systems (public expenditures for LTC as a share of GDP and cost sharing) (see Table 3 near the end of this subsection).
OCDE. Help Wanted?	2011	Hace una revisión de los distintos esquemas financieros para los sistemas de cuidados a largo plazo públicos. Clasifica los sistemas de países de la OCDE con sistemas públicos de cuidados a largo plazo. Excluye países con “poca”	Usa dos criterios para clasificar: amplitud de la elegibilidad y si la cobertura se realiza por un sistema único o por múltiples beneficios, servicios y programas. Estos dos criterios le permite clasificar a los países en tres: a) países con cobertura universal en un programa único, b) sistemas mixtos, c) esquemas de protección según ingreso. Señala que se pueden distinguir subgrupos adicionales: a) financiamiento es por impuestos, si el programa es o no parte del sistema de salud, mixtos.

		cobertura pública de CLP	
CEPAL. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia.	2014	Analiza la experiencia internacional desarrollada por países que han sido pioneros y exitosos en la instalación de servicios para las personas mayores con dependencia y sistemas de estándares de calidad para su evaluación.	Señala que los CLP se financian a partir de distintas fuentes y tienen diversas modalidades. Siguiendo las líneas generales definidas por Esping-Andersen en 1990 clasifica a los estados de bienestar occidentales como: a) Modelos de protección universal que reconocen derechos ciudadanos basados en impuestos (Canadá, países nórdicos, Holanda) b) Modelo de protección a través de la seguridad social, subsidiario de la protección familiar y basado en contribuciones sobre la nómina que se acumulan en un fondo propio (Alemania, Austria, Luxemburgo), y c) modelo asistencial público de protección básica, basado en impuestos generales, protección limitada, y en el caso de los servicios sociales solamente a grupos sin recursos suficientes (sur Europa, EEUU).

Anexo 3: Guía de Entrevistas

Cuidados a largo plazo para personas mayores

1. ¿Qué entiende usted por cuidados a largo plazo?
2. ¿Cómo satisfacen las personas mayores con dependencia sus necesidades de cuidado en la Ciudad de México?
 - Papel de la familia
 - Papel del Estado
 - Papel de OSC
3. ¿Conoce programas gubernamentales (ya sean federales o locales) dirigidos a atender las necesidades de las personas mayores con dependencia en la Ciudad de México?
4. ¿A quién compete resolver los cuidados a largo plazo?
5. Si actualmente no hay programas para personas mayores con dependencia, ¿identifica programas que se hayan realizado en años anteriores por esta u otra institución gubernamental?
6. En caso de no haber programas dirigidos a esta población en específico ¿considera que la institución en la que labora debería en un futuro implementar programas en la materia o esto correspondería a otra instancia gubernamental?

Derecho al Cuidado en la Ciudad de México

En su opinión:

7. ¿Qué opina de la inclusión del derecho al cuidado en la Constitución de la Ciudad de México?
8. ¿Cómo visualiza que deba/pueda llevarse a cabo el derecho al cuidado en la Ciudad de México?;
9. En su opinión, ¿cuál debe ser el papel del Estado, el sector privado y la familia en este sistema?;
 - a. ¿Qué institución gubernamental deberá ser responsable de la gestión de este sistema?
10. ¿Qué elementos fundamentales cree que deba contener el sistema de cuidados a largo plazo?
 - ¿Especificidad para personas mayores?
 - Universalidad en personas mayores vs elegibilidad, criterios
 - ¿Transferencias monetarias o cartera de servicios?
 - Lugar ideal para proveer el cuidado.
 - ¿Inclusión del cuidador informal?
11. ¿Conoce algún sistema de cuidados a largo plazo de otro país que considere ejemplar o modelo a seguir para la realidad mexicana? ¿Cuál y por qué?
12. ¿De dónde cree que deba salir el presupuesto para financiar este sistema?
13. ¿Cuáles son las principales barreras que usted identifica para que la Ciudad de México pueda avanzar hacia la consolidación de un sistema de cuidados a largo plazo?
14. ¿Considera que hay suficiente información para hacer los diagnósticos pertinentes para elaborar una política y un futuro sistema de cuidados a largo plazo en la Ciudad de México?

15. ¿Considera que hay marcos legales apropiados para avanzar en este sentido?
16. ¿Qué actores deberían estar involucrados en la creación del sistema de cuidados a largo plazo en la Ciudad de México?

Anexo 4: Carta de consentimiento informado

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación sobre cuidados a largo plazo en la Ciudad de México. El objetivo del proyecto es “Elaborar una propuesta de estrategia para la creación de un sistema de cuidados a largo plazo en la Ciudad de México para el ejercicio efectivo del derecho al cuidado consagrado en la Constitución de la Ciudad de México.”

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca de su opinión sobre los cuidados a largo plazo y los programas que actualmente existen en la Ciudad de México para atender a personas mayores con dependencia. La entrevista tendrá una duración aproximada de una hora y lo entrevistaremos en un lugar y horario de su conveniencia. Se solicita su autorización para grabar la entrevista con fines de facilitar la transcripción de la misma. Le aclaramos que las entrevistas serán realizadas por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para la generación de mayor evidencia y comprensión sobre la problemática de las necesidades de cuidados a largo plazo de personas mayores en la Ciudad de México.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco

incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: Margarita Márquez al siguiente número de teléfono (777) 101 29 49 en un horario de 10 a 17 horas.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1: _____

Dirección: _____

Relación con el participante _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 2: _____

Dirección: _____

Relación con el participante _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 3: _____

Dirección: _____

Relación con el participante _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Firma: _____

Anexo 5: Matriz de entrevistas

	Actor 1 INGER	Actor 2 Médico en tu casa	Actor 3 IAAM
Aspectos Generales de los CLP.			
Definición de los CLP	“Cuando hablamos de los cuidados, ya específicamente el tema cuidados, esto nos refiere al concepto de dependencia que dependencia puede ser también definida de maneras muy distintas, asumimos que es la definición del consejo europeo y sobre la cual trabaja la mayor parte del mundo.”	“Entiendo que son todas aquellas acciones que hacemos a los pacientes que se encuentran con alguna enfermedad crónica degenerativa irreversible y que va a requerir de cuidados de personas que estén con ellos. Estas personas generalmente son personas dependientes, tienen algún grado de dependencia, y van a requerir desde un cuidado mínimo (como es el que se le pueda dar una dotación de medicamento, que se le pueda administrar medicamento en su cama) o hasta ya cumplir con las necesidades básicas (como el bañarlo, asearlo, situaciones ya muy mínimas de la vida diaria).”	“Un lugar, donde se le pueda brindar una atención integral, una atención desde los aspectos de salud, de funcionalidad, de independencia, de autonomía, de nutrición, de rehabilitación, de mantenimiento de funciones, estem o sea lo ideal pues, que no llegue y eso se convierta en un almacén de personas mayores y que sea un lugar que brinde todo este cuidado que sea efectivo, que puedas estem vincular a la familia, que la familia no se despegue.”
Dimensión de la necesidad de CLP.	“[...] entre 5 y 10% de los mayores de 60 están en situación total de dependencia y de necesidad de cuidados. Y alrededor de un 25% que comprende este 5 o 10% tiene alguna necesidad de cuidados sin ser totalmente dependientes. Pero en total estamos hablando de casi una tercera parte, dependiendo de las combinaciones, de la población de casi una tercera parte, dependiendo de las estimaciones, de la población de mayores de 60 años. Si es el 10% es alrededor de un millón totalmente dependiente, hasta tres millones de personas con algún grado de dependencia.”	“En nuestro programa tenemos pacientes con y sin cuidador. En total tenemos, atendiendo actualmente, 8 mil pacientes. 70% o más son adultos mayores y tienen obviamente algún grado de limitación funcional para estar en nuestro programa. Por así decirlo son 5,600 más o menos pacientes.”	“Hay una visión catastrofista que platicaba mucho con [<i>se elimina nombre para garantizar anonimato</i>] que dice “todos vamos a ser dependientes” no es cierto, lo estamos viendo con Japón y otros más desarrollados, hay que lograr generar condiciones para vivir más de manera independiente. Cuidados sí, hay un sector chiquito que llegará a estas instituciones, pero sí tenemos que

			preverlo.”
Reconocimiento de importancia de los CLP	“El tema de los cuidados en tanto que, como función humana que ehm que está muy muy bien establecida muy y que ocurre de manera absolutamente natural en la infancia, no se da de la misma manera en el otro extremo de la vida, eliminar los problemas desde, desde que es algo nuevo que hemos podido apenas empezar a interiorizar y que surge hace mucho tiempo pero más bien desde el ámbito de la beneficencia y de las instituciones caritativa y poco a poco va cobrando una dimensión bien estructurada [...]”		
Actualmente cómo cubren los mexicanos sus necesidades de CLP.	“En la actualidad, el INEGI hizo una encuesta de instituciones de asistencia social, y sabemos, el número no lo tengo ahora exactamente, pero con ehm, el número de instituciones identificadas de hace año y medio no llegamos ni al 1% de personas mayores institucionalizadas. Entonces el 99% de las personas mayores dependientes se encuentra en casa.”	“En mi experiencia he notado que las personas dependientes tienen el apoyo básicamente de la familia, está el cuidador primario de los pacientes que son los que auxilian de la más mínima situación que se requiera. Aunado a eso, también se pueden sumar cuidadores secundarios, o miembros de la familia, vecinos, o alguna red de apoyo que se encuentra en la comunidad. Después de esto, obviamente, la participación del Estado que son los médicos o algún especialista que pueda acudir al domicilio, aunque no necesariamente los CLP tienen que ser en un hospital, ósea todo se puede atender en la casa que es lo ideal, también para atender y disminuir las necesidades del bolsillo en el sector salud, pues obviamente son muchas y es muy caro atender a largo plazo a un paciente en el hospital o los servicios hospitalarios.”	

Calidad y cantidad de información	<p>“Hay que profundizar más pero lo que tenemos es suficiente para poner en evidencia la necesidad. De hecho, en el último capítulo sobre dependencia, dice qué es lo que sigue. Dentro de esto se habla de ponerle números, hacer la cuantificación más allá de lo que sabemos en las cuentas nacionales de salud, en términos más específicos, sobre condiciones trazadoras que permitan cuantificar, cuánto representa en costos a nivel individual, y seguir el mismo proceso que siguió Frenk desde la política de la preparación de un reporte que tendría que ver con la economía del cuidado, cuánto cuesta y qué impacto tiene no hacer nada, seguir como estamos. A partir de esto ver para qué nos alcanza.”</p>	<p>“Yo creo que sí tenemos información pero no la suficiente. Las estadísticas de CONAPO e INEGI, en su mayor parte, no abarcan a la población mayor de 65, y los números no están enfocados hacia cuáles son las patologías que requiere un adulto mayor con CLP, qué enfermedades son las que hay que tomar en cuenta. Quizá, a lo mejor, para presupuestarlo, las necesidades que van a requerir los pacientes, por ejemplo un paciente con EPOCH va a requerir oxígeno, necesito material y equipo médico para atender todas sus necesidades. No tenemos la suficiente información, no se ha documentado lo suficiente y es necesario empezarlo a hacer. En el programa tenemos proyectos de investigación de pacientes con discapacidad, y adultos mayores y no descartamos a los longevos de 90 años. No sé, creo que sí tenemos información pero nos falta documentar más.”</p>	<p>“Pues, sí puede ser que tengamos un diagnóstico de 2015 de personas que pueden necesitarlo. Ojo, ese estudio que hicimos es de derecho habientes de la pensión (70+) tenemos un rango de 60-69 que chance INEGI puede tener. Sí estamos midiendo el tema de disfuncionalidad de las personas, de padecimientos, de longevidad, en la encuesta de percepción que hicimos a principios de esto hicimos de quién tiene cuidador y quién lo necesita. Pero yo creo que elementos sí podemos tener, tenemos también un encuesta muy buena que estamos por publicar que se hizo a casi 4 mil personas de una muestra de derecho habientes de la pensión donde vemos padecimientos, funcionalidad, y todos.”</p>
Dimensión1: Ámbitos de Responsabilidad			
Estado	<p>“Hicimos una encuesta nacional sobre el envejecimiento con la UNAM, una encuesta de opinión, donde preguntamos esto y en general la población está por una participación compartida. La visión de la gente es que tanto el Estado como las familias tienen responsabilidad y que tendríamos que encontrar una fórmula compartida. Pero cuando se les preguntaba es de tres actores, el individuo, la familia, el Estado. Pero el propio individuo no, cuando los coreanos o los norteamericanos lo ven como una responsabilidad personal prepararse para esa eventualidad. Aquí el 90% de la gente dice que no. Ahí</p>	<p>“En cuanto al Estado, es una pieza fundamental pues sin el apoyo del gobierno, me refiero a todas estas dependencias que participan desde educación, trabajo, salud, desarrollo social, DIF, consejería jurídica, todos deben intervenir en algún momento en los cuidados de los pacientes. No es algo que sólo compete a salud.”</p>	<p>“Tu como estado sí debes garantizar el acceso a los derechos y quizá coordinándote con otro tipo de instancias privadas, asociaciones civiles y eso [...] ¿Cuál es mi temor en el tema de decir pues tenemos estos lugares de larga estancia universal para quien quiera y lo necesite? Mi terror es que la gente se quiera deshacer de las personas de sus familiares.”</p>

	queda claro que tiene que ser compartido, no puede ser de otra manera.”		“[...] cuando alguien no puede velar por sí mismo el único responsable o el principal responsable es el estado.”
Familia	“el 99% de las personas mayores dependientes se encuentra en casa. Y cuando hay necesidades de cuidados cada quien se la arregla como puede, y excepcionalmente encuentra cabida en una institución, pero sistemáticamente, de entrada, en las instituciones exigen capacidad funcional, salvo dos o tres en todo el país. Entonces, todo esto parece que en México NO existe un sistema de CLP como tal.”	“En cuanto a la familia, es el motor fundamental para la atención en CLP de las personas adultas mayores. Si un paciente se encuentra bajo el cuidado de la familia, si una persona vieja está bajo el cuidado de la familia, va a ser más fácil que el paciente progrese a buenos cuidados y que se encuentre bien en salud, aunque ya sea longevo el paciente y que tenga, por ejemplo, que no se le haga una complicación o prevenir caídas o neumonías o úlceras. El familiar, si está al pendiente de su anciano, va a estar ahí al pendiente y vamos a poder prevenir todas estas situaciones si sigue las recomendaciones que el personal de salud le da cuando acude al domicilio también es otro logro grandísimo que tenemos con nuestros pacientes. Porque nosotros en el domicilio damos orientación y asesoría de cómo debe estar el ambiente del paciente para evitar caídas, la posición, la movilización activa, el manejo de las secreciones, el aseo diario, la alimentación, etc. Entonces si la familia está ahí al pie del cañón con el paciente, obviamente ese paciente va a ir mejorando y su condición de salud no va a deteriorarse.”	“¿Considera que la familia tiene un papel importante en la provisión de CLP] Muchísima, muchísima. Pero en ningún momento diciéndole tu eres la responsable, que la Ley dice que ellos son responsables, pues ese es el modelo neoliberal “que se rasquen como puedan”, y así no es. Sí rescatamos todo lo que nos puedan ayudar, pero siempre desde esa visión.”
Sector Privado			“Mira, dentro de todo lo que creo que conozco del tema, en 2015, no 2014, no conocía a las agencias de

			cuidadores. No conocía, nunca me lo pregunté. Bueno, entonces empiezas a indagar que existen todos estos servicios, y que hay todo un tema de explotación, falta de capacitación, terrible. Pero están brindando un servicio que nadie lo está haciendo. No están reguladas, ni siquiera sé cuántas hay.”
Individuo	“La visión de la gente es que tanto el Estado como las familias tienen responsabilidad y que tendríamos que encontrar una fórmula compartida. Pero cuando se les preguntaba es de tres actores, el individuo, la familia, el Estado. Pero el propio individuo no.”	“El paciente si ya se encuentra en un estado de dependencia pues hay muchos que tienen todavía esa libertad de decidir y de poder decir sí quiero que me atiendan, no quiero que me atiendan, su estado de ánimo, el trato que tienen hacia sus cuidadores, hay pacientes que son renuentes a ser cuidados (incluso dicen que no quieren que se les atienda y el cuidador dice sí por favor sigan viniendo). Finalmente es un freno que nos empiezan a poner (que no me quiero tomar el medicamento, que me haga mi terapia de rehabilitación). Cuando eso sucede nos limita. Entonces el paciente tiene que estar consciente de lo que necesita y que eso mejorará su calidad de vida, tanto en materia de salud como en los diferentes ámbitos.”	“Cuando alguien que dice que lo quieren institucionalizar [a la persona mayor] yo les digo, primero: <u>la persona quiere</u> , segundo: qué tan funcional es y tercero: con cuántos recursos cuenta. [...] Yo digo que sale más barato y es más noble, más amable contratar a alguien que la acompañe y la cuide, que se le dé una capacitación a institucionalizarla, la estás sacando de su casa y su comunidad.”
Salud/Asistencia Social	“De hecho la mayor parte de los países prevalece una división entre el sector social y sector social. Cada vez es más clara la necesidad de que esto se maneje de forma conjunta pero, quizá con la excepción de los países Nórdicos y Holanda, ningún otro país lo tiene realmente de manera conjunta.” “Yo creo que se debe construir un puente entre los dos sectores necesariamente. Eventualmente tendría que	“Pues debe de estar conformado por ambas instituciones. No puede depender solo de un sector pues la salud no solo es del sector salud, ahí interviene educación, si el paciente no tiene un nivel educativo no lo empoderamos en el autocuidado, no le damos las bases para tener una	“Se necesita dentro de una institución un área claramente responsable. Porque está muy diluido [...] Entonces uno porque lo agarras de bandera y de porque pues no te queda de otra, pero entonces, ojo no estoy diciendo que aquí sea, quizá debería ser un área de desarrollo social, pero

	existir una entidad que pudiera estem tuviera esta responsabilidad, que podría ser asumida por el INAPAM si se le dotara la estructura y presupuesto necesario para que esto funcione. Podría ser, la Ley ya lo hace responsable de de esta tarea, probablemente si dejara cualquier otra actividad de cooperativa, y se concentrara en la normatividad sería posible con lo que tiene.”	correcta salud o que no se compliquen sus enfermedades, el paciente va a seguir sin tener una correcta salud. También la parte de las leyes, las disposiciones legales, la consejería jurídica también ahí entra consejería jurídica.”	no salud, muchas veces se lo han querido vincular a salud pero no. Sí tiene que partir de una institución de gobierno que de norma, pauta, capacite y coordine. Y todas las demás entran porque son necesarias, pero eso no hay ahorita.”
Función de regulación de la calidad	“Existe una norma para instituciones de asistencia social, pero esto no es asistencia social. Habría que ver pues terminan siendo regulados por COFEPRIS y les aplican estem regulaciones, Por ejemplo, [nombre de una institución privada], que es el top actualmente, es una unidad, fui a la inauguración un par de semanas, está en Santa Fe, la cuota va de 70 a 120 mil pesos mensuales. Y en el desarrollo que tenían vieron que no hay a quién pedirle autorización. Terminaron haciéndolo por la vía de salud, pero la norma vigente para asistencia social la cubren con creces pero no les aplica exactamente, tenemos que desarrollar normatividad para estas entidades. Sobre todo que, este es el extremo, pero hay una enorme cantidad de casas privadas, que son habitualmente en casas habitación remodelada, en condiciones precarias, con personal sin capacitación y que ni siquiera sabemos pues en la encuesta de INEGI la inmensa mayoría de estas no aparece.”	“Porque hemos notado, y creo que no es de desconocimiento, que hay empresas que se dedican a los CLP pero terminan violentando a los pacientes a los ancianos. Y eso lo vigilamos mucho, tenemos nuestras supervisiones, a nuestro personal que actúa en campo, y es personal de salud sensibilizado. Pero aunque no lo fuera, tenemos ese chip de decir que tu intención es cuidar y ver por la salud integral del paciente que vas a ver a domicilio, y eso lo estamos viendo y supervisando constantemente.”	“Mira, dentro de todo lo que creo que conozco del tema, en 2015, no 2014, no conocía a las agencias de cuidadores. No conocía, nunca me lo pregunté. Bueno, entonces empiezas a indagar que existen todos estos servicios, y que hay todo un tema de explotación, falta de capacitación, terrible. Pero están brindando un servicio que nadie lo está haciendo. No están reguladas, ni siquiera sé cuántas hay. Tengo la versión de las cuidadores, me pagan solo el 30%, en las casas no me dan ni agua, a veces me dan una silla para sentarme, me encierran con llave, un montón de fenómenos. Estas instituciones deberíamos regularlas y regular las condiciones laborales de quiénes trabajan ahí, desde su capacitación, qué tipo de derechos laborales tienen quiénes están ahí.”
Dimensión 2: Población cubierta y criterios de elegibilidad			
Enfoque Universal o Selectivo	“Deberíamos buscar algo universal, pero lo veo complicado. La seguridad social hizo un primer estudio sobre esto en el 2000, se generó un reporte que se calcularon los costos, las necesidades, se establecieron las estrategias para su desarrollo a finales de la administración de FOX y ehm no se ha retomado.”		“Yo creo en la universalidad, no le tengo miedo, a excepción de la pensión alimentaria que poca gente que dice que no, todo lo demás que universalices habrá un sector muy amplio que no lo usará.”
Criterios de edad y funcionalí	“La edad no importa. Aquí en esto, es otro tema que tenemos que introducir, la necesidad de cuidados es		“Pues mira, bueno nosotros ehm consideramos pero de manera no

dad	eterna. Más bien eso es lo que debe definir la elegibilidad indistintamente de la edad. Si se pone a ver requerimientos, evidentemente no puede ser totalmente indiscriminado pero creo que tendríamos que homologar pero pensando en términos de capacidad intrínseca más que de edad. “ “El tema no es la edad, es la necesidad de cuidados.”		primaria, el tema de la edad y las enfermedades. Para nosotros lo más importante es la funcionalidad, cómo están en las básicas y en las instrumentales, entre más bajo califiquen vamos viendo cómo está la red de apoyo”
Inclusión del cuidador	“Claro, hay que desarrollar un sistema que permita apoyar a quienes ya están asumiendo esta responsabilidad pues las tasas crecientes de maltrato y negligencia tienen que ver con ehm la tarea tan dura que representa cuidar cuando no se sabe ni por dónde empezar.”		“Tiene que ser un tema primordial, de reconocer a las personas que brindan este servicio, porque también nos están apoyando y ahorrando mucho al estado y las familias, y estem lo más ingrato es que nadie se los reconoce. “ “Estem y, en la medida de lo posible en el futuro, poder pagar a las personas que están brindando esta atención. Sobre todo las que son pues parte de la familia, no, que pues no se reconoce el esfuerzo y por lo tanto tampoco se les brinda un ingreso, y hay mucha gente que deja su vida, deja su vida laboral para dedicarse al cuidado pues no puedes hacerlo todo.”
Dimensión 3: Beneficios, servicios provistos y espacios para la provisión			
Servicios o transferencias	“Tiene que ocurrir las dos pues sí hay que desarrollar infraestructura. No toda se puede dar por el estado pero es inescapable desarrollar infraestructura en alguna medida.”	“Me preocupa un poco la situación de que las transferencias sirvan para contratar a alguien. Me preocupa que la persona esté bien capacitada y estén bien orientados. Yo le apostaría más a que debemos ampliar nuestra cartera de servicios de EMETC, nuestra cartera es amplia, para los adultos mayores con limitaciones tenemos muchos servicios. Además el personal que tenemos ahorita por delegación cubre hasta en cierto punto las demandas de acuerdo hasta lo que	

		ahorita hemos encontrado. Sí necesitamos más, recuerda que siempre tenemos recursos limitados y las necesidades no lo son. Si nosotros apostamos mejor a aumentar la cartera de servicios, solicitamos presupuesto, y la asamblea nos lo otorga pues lo estamos sustentando bien, créeme que esto va a ser sustentable.”	
Espacios para la provisión.	<p>“Tiene que haber una gama de opciones.”</p> <p>“[...] hay que ver cómo darle apoyo a las familias de forma eficaz que permita que la gente esté en el lugar más apropiado, para cada caso será distinto.”</p>		<p>“Yo creo que España, que tiene muchas cosas similares a nosotros, tiene un gran avance porque tiene estos sistemas, tienen este donde varias personas mayores pueden vivir en un departamento como con una tutora que los ayuda y los asiste con el mandado a guisar, etc, y todavía pueden vivir solos. El tema de los que están vinculando a jóvenes estudiantes que conviven con las personas mayores, no las van a cuidar pero las pueden acompañar, hay diferentes sistemas porque la última alternativa es la residencia. España como nosotros, somos todavía muy muéganos, los alemanes así venden todo y se van a una residencia pero así son ellos. Los latinos somos muy apegados.”</p>
Dimensión 4: Financiamiento			
Fuente de financiamiento	<p>“El costo, si partimos de la base de las cuentas nacionales de salud, la parte global de los cuidados es casi lo mismo que la atención hospitalaria. Evidentemente que no hay ese recurso, no existe. . Esto es algo que tendría que financiarse de otra forma, otras fuentes, o generar como intentaron en EEUU un</p>		

	programa de aseguramiento voluntario que, hasta donde sé, creo que no se completó la iniciativa. Su primer requerimiento era no usarlo durante no sé cuánto tiempo para poderlo capitalizar, estem, me queda claro que no es posible generarlo todo a expensas del Estado.”		
Derecho al cuidado en la CDMX			
Inclusión del Derecho al cuidado en la Constitución de la CDMX.	“Creo que es aspiracional pero es una necesidad y dentro de la Estrategia de Acción de la OMS estamos comprometidos a nivel federal, y está esta línea específicamente.”	“No sabía pero está muy bien y va a ser algo bueno”	“El que exista esta atención dentro de la Constitución, este cuidado a este sector se me hace punto de lanza, creo que no está en la Federal, va a ser de las cosas más de vanguardia que va a tener. Y aquí lo interesante es que va a niños, personas adultas mayores, discapacidad, niños y niñas y adolescentes.”
Barreras	“Pues estem, parecería que la primera es el económico pero no solo es eso, aunque evidentemente es fundamental, y no hay recursos destinados específicamente para esto. ES una barrera significativa, pero tiene más que ver con el crecimiento de la economía. Por otra, la cuestión de la regulación médico social y la capacitación de los profesionales. Podemos comenzar tenemos ya un grupo de trabajo que ve la actualización de la norma, en su especificación para abarcar a las nuevas entidades que están apareciendo, y la capacitación para los profesionales que ya están en ello, para programas básicos para quienes se ven en la necesidad de dar cuidados tener una formación para ver cómo actuar. Crear una base de evidencia y comenzar a promover la gestión de un presupuesto específico para este propósito a la par que se desarrolla la normatividad para mejorar la calidad de lo que hay, la coordinación de lo que hay, que se haga esta vinculación entre sectores, y tarde o temprano habrá que asignar esta responsabilidad o empoderar a una de las entidades que existe, sea el INAPAM.”	“La cuestión del presupuesto y lo de la que sea sustentable. Que si se instala un programa de CLP en la CDMX o en todo el país que sea sustentable en el aspecto de que tanto genere datos, en las estadísticas, que eso todavía nos falta documentar más, y al momento de dar esa evidencia poder adquirir el presupuesto. Pero creo que lo más lo más importante es el presupuesto. Si tenemos tantos ideales en construir y crear pero si no tenemos la materia prima, con lo que vamos a trabajar, no vamos a poder hacer nada más, se queda todo en proyecto.”	“El que no asuman las responsabilidades que les tocan a cada actor. Hicimos un taller para protocolo de atención en violencia y decían no pues mi institución hace esto y esto. Llegaban a sus oficinas y decían, no quita esto o quita lo otro pues solo tengo un trabajador. Es terrible, es una labor de convencimiento. No es que te va a crecer la demanda, ya existe, no hay que tener miedo a garantizar los derechos de las personas, algo muy bien estructurado te hace que trabajes de manera institucional. Eso divide mucho, ósea a ti te toca esto a ti esto, y es mucho más fácil. Y tú como institución te quedas mucho más satisfecha y a la persona que le garantizas su derecho le sirves plenamente.”
Suficiencia y pertinencia	“En el caso mexicano hay mucha ambigüedad, en la Ley General de Salud está la asistencia social como	“Nosotros a través de la SSA nos normamos por ejemplo por la ley de	“Bueno, uno cuando revisa una ley y hace recomendaciones, siempre

<p>a de marcos legales existentes</p>	<p>responsabilidad del sector y el sistema nacional para la integración social de la familia, que en la práctica ha tenido esta responsabilidad y la sigue teniendo en la actualidad. Pero al mismo tiempo, el INAPAM, que salió del sector salud hace 15 años al de desarrollo social, se quedó con la responsabilidad de normar y vigilar a las instituciones de CLP, cosa que no sucede, no tiene capacidad para hacerlo. Ahora hay una situación donde de facto quien está desarrollando estas habilidades de competencia y liderazgo es el sector salud, con la participación particularmente del DIF a nivel federal. Así es como ha venido sucediendo.”</p> <p>“tenemos ya un grupo de trabajo que ve la actualización de la norma, en su especificación para abarcar a las nuevas entidades que están apareciendo, y la capacitación para los profesionales que ya están en ello, para programas básicos para quienes se ven en la necesidad de dar cuidados tener una formación para ver cómo actuar.”</p>	<p>voluntad anticipada, por la ley de cuidados paliativos, que no está propiamente enfocada a CLP pero sí lo menciona. Si todos garantizaran que van a actuar bajo lineamientos o normativas de CLP adelante, puede haber miles de empresas privadas que se dedican a CLP. Pero sí se deben normar la atención y hacer que cumpla con estándares de calidad necesarios. Porque hemos notado, y creo que no es de desconocimiento, que hay empresas que se dedican a los CLP pero terminan violentando a los pacientes a los ancianos. Y eso lo vigilamos mucho, tenemos nuestras supervisiones, a nuestro personal que actúa en campo, y es personal de salud sensibilizado. Pero aunque no lo fuera, tenemos ese chip de decir que tu intención es cuidar y ver por la salud integral del paciente que vas a ver a domicilio, y eso lo estamos viendo y supervisando constantemente.”</p>	<p>sientes que puede ser mucho más específica. Creo que hay una buena iniciativa de ley, no sé en qué va, ya hizo un taller el diputado [se elimina nombre para garantizar anonimato], Estem esas leyes mejorarían horrores con un reglamento. Entonces ya en el reglamento esas leyes se van en ah pues que la secretaría tiene que ser licenciada, la recepcionista, que tienen que ser geriatras el personal médico, pero qué otras cosas tienen o tendrían que pasar por una certificación que va a dar el instituto de capacitación para el trabajo, que ya está haciéndolo.”</p> <p>“Si normamos, pero normamos, si tu como estado generas obligaciones, esas las debes respaldar con programas, con recursos y con capacitación. Yo no puedo decir, en todo lo de promoción de la salud, estem pues eh para evitar diarreas no, si yo le doy información a la gente para que se cuide le tengo que respaldar con una institución, que haya un suero oral, que haya vacunas, que haya atención. ¿Me entiendes? No puedo obligar a la población sin respaldarla, es como ehm estem, ácido fólico. Salen unos anuncios donde las mujeres, mi hijo nació con una discapacidad mental pero yo no sabía que tenía que tomar ácido fólico. Que te carguen la culpa como ciudadano no. Fíjate que te informé, fuiste al centro de salud, te dije cómo tenías</p>
---------------------------------------	---	--	---

			que tomarlo. Como estado teníamos que, no todo es recursos, es mucho un trabajo entre todos.”
Recurso Humano existente	<p>“Sí, hay dos estándares de competencias, uno para cuidado domiciliario y otro para personal que trabaja en institución. Nosotros trabajamos en estándares de competencias y metodologías.”</p> <p>“Yo sólo conozco un programa, pero habría que devino de este, que es en el [ininteligible] Torres en Nezahualcoyotl, que tiene un programa de formación de cuidadores. No sé en qué esté, pero no conozco otro pues los programas generalizados de formación de gericultistas podrían tener esta formación pero es un poco diferente.”</p>		<p>“Las personas que brindan cuidados yo hice un estudio para [se elimina nombre para garantizar anonimato] muy rápido en una reunión de Patricia, ganan como 4 mil pesos, no tienen capacitación y todos se quejan que rotan y se van. Pues qué esperan, sin capacitación y cuidando personas mayores.”</p> <p>“Pero estamos ehm considerando para para ese tipo de cuidados es que nos tenemos que preparar técnicamente pues para saberlos brindar y tenemos que prepararnos para preparar y capacitar a las personas que los brindan, tanto en el domicilio como en las instituciones.”</p>

Anexo 6: Programas y acciones federales dirigidos a personas mayores durante el periodo 2012-2018

Programa	Población Objetivo	Beneficios y servicios	Institución responsable
Programa de Pensión para Adultos Mayores	Personas de 65 años en adelante que no tienen ingresos superiores a \$1,092 pesos mensuales por concepto de pago de pensión	Apoyos económicos con entregas de 1,160 pesos cada dos meses; también participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el Inapam, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.	SEDESOL
Vinculación Productiva de las Personas Adultas Mayores	Prestadores de servicios y empresas que desean incorporar a las personas de 60 y más años de edad.	Sensibilizar a la sociedad y en especial a los empresarios para que promuevan oportunidades de inclusión laboral para personas de 60 años y más.	INAPAM
Tarjeta del INAPAM	Tener 60 años o más de edad	Diversos beneficios y descuentos según entidad federativa, asesoría jurídica, acceso a los clubes del INAPAM, educación para la salud, centros de atención integral, capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, albergues y residencias, entre otras.	INAPAM
Programa de Inclusión Social PROSPERA	Tener 60 años o más y ser beneficiario de PROSPERA.	Apoyo mensual de \$370 MXN.	

Abriendo Espacios	Personas con discapacidad y adultos mayores.	Reducir las dificultades que enfrenta esta población para insertarse en el mercado laboral a través de atención personalizada al buscador, evaluación de habilidades y competencias, y asesoramiento y apoyo en la contratación.	Servicio Nacional de Empleo
Formación de Cuidadores de Adultos Mayores, Acompañantes y Promotores de Adultos Mayores	Personal voluntario como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de adultos mayores	Capacitación.	IMSS
Centros Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos del Sistema Nacional DIF	Personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja social	Atención integral con servicios de alojamiento, atención médica, psicológica, odontológica, actividades culturales, deportivas, recreativas, terapia ocupacional y rehabilitatoria, atención social, jurídica y de nutrición, entre otros.	DIF
Semana de Salud para gente grande: Para una vejez activa y saludable	Personas mayores	Prevención de patologías, por lo que las acciones primordiales son: detección de depresión y alteraciones de la memoria, prevención de caídas, incontinencia urinaria, riesgo de fracturas por osteoporosis y crecimiento prostático benigno (hiperplasia prostática benigna), entre otras.	Secretaría de Salud
Programa Vivienda Rural	Hogares cuyo jefe de familia es un adulto mayor de 60 años y más, entre otros.	El Gobierno Federal otorga subsidios para que adquieran, construyan, amplíen o mejoren sus viviendas.	Fondo Nacional de Habitaciones Populares
Fuente: Presidencia de la República. Quinto Informe de Gobierno.			