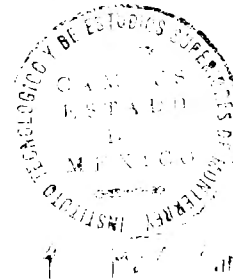




**TECNOLÓGICO DE MONTERREY
EGADE – CAMPUS ESTADO DE MÉXICO**

276617
BIBLIOTECA



**PROPUESTA DE NEGOCIOS PARA OFRECER
BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN
DE ADULTOS MAYORES EN MÉXICO**

**PROYECTO TERMINAL
BAJO LA MODALIDAD DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**QUE PARA ACREDITAR LA ASIGNATURA DE
PROYECTO DE CAMPO DE LA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN**

PRESENTAN:

**Elisa Núñez Toscano
Luis Hernández Velázquez
Lino Orozco Castillo**

**TITULAR DE LA ASIGNATURA
Dr. Carlos Eduardo Puga Murguía**

Índice

1. TÍTULO DEL TRABAJO.....	3
2. RESUMEN	3
3. ANTECEDENTES.....	5
3.1. INTRODUCCIÓN.....	5
3.2. MARCO TEÓRICO.....	6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5. HIPÓTESIS.....	18
6. OBJETIVOS	18
6.1. OBJETIVO GENERAL	18
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
7. MATRIZ DE CONGRUENCIA.....	18
8. JUSTIFICACIÓN.....	19
9. REFERENCIAS	21
10. ANEXOS.....	23

1. Título del Trabajo

El tema de este Proyecto está fundamentado en analizar la problemática socioeconómica y demográfica de los adultos mayores, dada las últimas estimaciones de los próximos 20 años se requiere, estudiar detalladamente la oportunidad de negocios que cubran los Bienes y Servicios para la Atención de Adultos Mayores en México.

2. Resumen

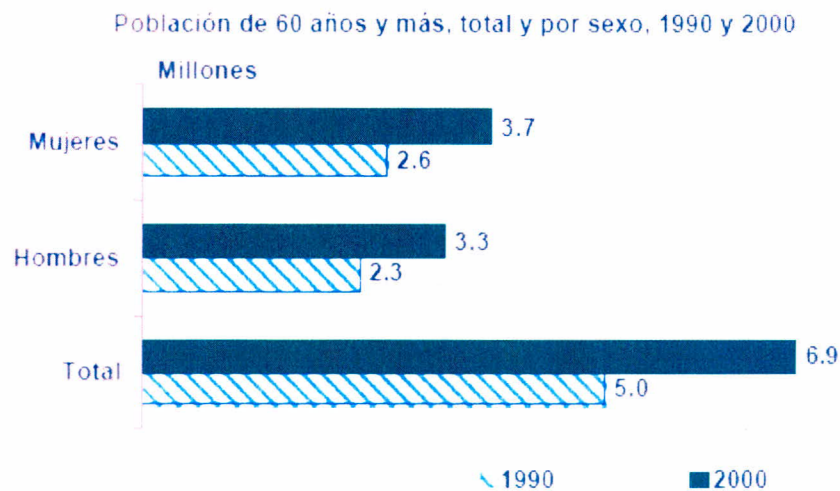
El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea general de las Naciones Unidas proclamó el 1° de Octubre Día Internacional de las Personas de Edad. El envejecimiento de la población es actualmente un tema que ocupa un lugar de preponderancia en la agenda pública mundial, a la luz de sus evidentes consecuencias en los planos económico y social. En los próximos 20 años las estimaciones indican que la población mayor a 60 años duplicará su actual tamaño, alcanzando 1,200 millones de personas, de los cuales el 70% se concentrará en los países en desarrollo. En parte la inquietud y en algunos casos la alarma frente a este fenómeno, radica en la percepción de que muchos países se encaminan a una inminente crisis económica por la imprevisión para brindar, razonablemente, coberturas asistenciales y programas adecuados de pensión para la vejez. Es preocupante, sin embargo, que el envejecimiento mismo sea hoy percibido como un problema que molesta y distrae, y más que eso, como un estorbo, y no tanto como un reto para la sociedad en cuanto a experiencia positiva que vale la pena afrontar pro activamente. Se trata de cambiar el paradigma sobre el significado de la vejez. Se trata no solo de poner de manifiesto una suerte de sentimiento de gratitud de los jóvenes hacia quienes son depositarios de la memoria colectiva de una nación, sino también, de ver en este proceso una oportunidad para abrir nuevos y valiosos cauces de participación social para un sector que tiene aún mucho que aportar.

En **México** la población está viviendo más y por períodos de tiempo más prolongados. Esto ha creado un área relativamente nueva y creciente de servicios para el cuidado de la salud y proveedores de dichos servicios, que se conoce como el cuidado de los ancianos. El cuidado de los ancianos incluye una amplia variedad de aspectos, incluyendo la selección del médico adecuado para la atención del paciente anciano y la toma de decisiones acerca del traslado del anciano desde su hogar a una residencia que proporcione los cuidados necesarios.

Se considera que la atención y asesoría que reciben los adultos mayores no es de personal especializado en **geriatría** ni hay suficientes medicamentos para sus padecimientos más comunes. Muchas personas ancianas tienen vidas independientes, activas y saludables.

Sin embargo, a medida que las personas alcanzan los ochenta y noventa años de edad, aumenta el número de ancianos que necesitan atención para realizar las actividades de la vida cotidiana y al mismo tiempo, aumentan las responsabilidades de las personas que cuidan de ellos.

En 1990, 6 de cada 100 habitantes eran personas de 60 años y más; para el 2000, la proporción es de 7 de cada 100. La siguiente gráfica muestra la población total y por sexo para 1990 y 2000 de este grupo de población.



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000

Tabla 1: INEGI – 1° de Octubre del 2004 ¹

En números absolutos, el aumento en este grupo de edad fue de casi dos millones de personas durante el periodo 1990-2000, con una tasa de crecimiento medio anual de 3.39% superior a la registrada por la población total en estos 10 años, de 1.85%. Algunos otros datos:

- Al 2000 había en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, 7.1 % de la población total. La proporción aumentó 1%, en relación con 1990.
- Al 2000, se registraron en el país alrededor de 22.3 millones de hogares, en 5.1 millones vivía al menos una persona de 60 años o más de edad, es decir, en 23.1% del total de hogares.
- Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebro-vasculares son las principales causas de muerte entre la población adulta.

- Por entidad federativa destacan con las mayores proporciones de población de 60 años y más: Zacatecas (8.7%), el Distrito Federal y Nayarit (8.5% cada uno) y Oaxaca y Yucatán (8.4% cada uno). En contraparte Tabasco (5.8 %), el Estado de México y Chiapas (5.4% cada uno), Baja California (5.2 %) y Quintana Roo (3.7%) presentan los menores. ¹

Esto significa plantear como tarea el desarrollo y práctica de modelos éticos para el adulto mayor que pasan por el cuidado para los enfermos, el respeto a su persona en una sociedad como la nuestra que necesita con urgencia renovarse en humanidad, la solidaridad como deber natural de velar por los otros y una ética de la esperanza y fe en el porvenir.

3. Antecedentes

3.1. Introducción

La falta de interés que se muestra en las sociedades actuales hacia los ancianos es un signo claro del descuido que tenemos en nuestro futuro, la vejez es el lugar en donde pasaremos buena parte de nuestras vidas. Cuando hablamos de la senectud estamos hablando de nosotros mismos, del viejo o la vieja que nos crece dentro.

Una de los principales problemas de esta sociedad es la manera en que tratamos o más bien ignoramos a nuestros viejos. Hasta hace muy poco, la vejez era una de las edades del ser humano y formaba parte del ciclo de nuestras vidas. Los ancianos eran personas respetadas, la sociedad apreciaba su experiencia y su sabiduría, y el solo hecho de llegar a viejo era un orgullo, un logro, la culminación de nuestra biografía.

Ahora, en cambio ni siquiera queremos llegar a ser mayores, la mujeres empiezan a pasar por las manos de los Cirujanos Plásticos a partir los 37 o 38 años, a medida que van sumando operaciones, cada vez lucen más artificiales, los varones también empiezan a someterse al retoque del bisturí. Hoy en día no nos llevamos bien con la vejez, queremos borrarla, anularla o retardarla tanto como sea posible. Al mismo tiempo intentamos desterrar a nuestros viejos a la invisibilidad. A partir de los 53 o los 55 años parece que las respuestas de los mayores ya no le interesan de verdad a nadie.

Sin embargo la vejez puede ser una etapa estupenda. Ser viejo no consiste sólo en tener más experiencia: también puede traer la libertad. Cuando un adulto mayor tiene su vida económica resuelta, al menos con una modesta pensión, se libera no sólo del trabajo, de los

horarios, de los jefes y las responsabilidades, sino que también se puede liberar del qué dirán, de los miedos a hacer el ridículo, de las mentiras sociales, de las cortesías innecesarias e incluso del sentido del deber. Los viejos pueden volver a ser tan libres como los jóvenes de 14 años, pero con muchísima más sabiduría, las personas mayores que son así la están pasando muy bien.²

3.2. Marco Teórico

Conceptos propios del proyecto.

- Adulto mayor: aquella persona que tiene 60 años de edad o más.
- Geriátrica: rama de la sanidad especializada en enfermedades y calidad de vida de los adultos mayores o personas de la tercera edad.
- Gerontología:
- Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano. Existen cinco tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan:
 - Discapacidad mental
 - Discapacidad física
 - Discapacidad síquica
 - Discapacidad auditiva
 - Discapacidad visual
- Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de edad, sexo y factores sociales y culturales).³

Identificación y respuestas de las preguntas básicas del proyecto.

¿Existe en México una política de estado para la atención de los Adultos Mayores?

Si, existen varias leyes tanto nacionales como internacionales que son aplicables a la atención de los adultos mayores, en nuestro país tenemos las siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Desarrollo Social
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación,
- Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores, se expidió el 30 de abril de 2002, y tiene como objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores
- Norma Oficial de Prestación de Servicios para Adultos Mayores NOM-167-SSA1-1997

Pero antes de abundar en el tema, debemos conocer un poco de los antecedentes históricos que existían para la protección de los Adultos Mayores en México.

En cuanto a la evolución de la Seguridad Social en México, algunos hechos relevantes son que en 1906 se propuso obligar a los patrones a pagar indemnización por accidentes laborales y *otorgar pensión* a los obreros que hubiesen agotado sus energías en el trabajo, esto incluido en el capítulo "de capital y trabajo" (se encuentra en el programa del Partido Liberal, publicado por el grupo de los hermanos Flores Magón, exiliados en E.U.A.).

En 1910, se presenta una Iniciativa de Ley para asegurar pensiones a los obreros mutilados en la industria, en las minas o en la agricultura, o bien pensionar a sus familiares cuando aquellos pierdan la vida en servicio de alguna empresa. Para 1913, se presenta en la Cámara de Diputados el primer proyecto de Ley del trabajo, con el fin de plantear soluciones a los siguientes problemas: contrato de trabajo, descanso dominical, salario mínimo, habitación del trabajador, educación de los hijos de los trabajadores, y se incluyó un capítulo del seguro social.

En 1960.- La Dirección General de Pensiones y de Retiro se transformó en el ISSSTE.

En 1973.- Se aprueba por parte del Congreso de la Unión, la *nueva Ley del Seguro Social*, misma que nos regiría hasta 1997. En ella se creó el seguro de guarderías para hijos de aseguradas, se estableció el régimen voluntario, y quizá lo que más llamó poderosamente la atención: la inserción de las prestaciones sociales.

En 1976.- La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, dio por resultado lo que actualmente es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

En 1992.- Se crea el *Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)*.

En 1995.- El Congreso de la Unión decreta la *nueva Ley del Seguro Social*, que rige a partir de julio de 1997, donde se establece como seguro obligatorio las prestaciones sociales institucionales y de solidaridad social, proporcionadas éstas a núcleos de población marginadas rural o urbana.

Actualmente entre las estrategias del Programa Nacional de Población 2001-2006 se contempla prever las demandas del envejecimiento demográfico y brindar más y mejores oportunidades al adulto mayor en donde también se señala específicamente la participación del estado como se indica a continuación:

1. Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.
2. Fortalecer, enriquecer y ordenar las políticas y programas que atiendan a las personas de edad avanzada (promoción de un Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de comités estatales).
3. Diseñar y poner al alcance de la población modalidades de seguro público en salud.
4. Crear 32 bancos de medicamentos, aparatos ortopédicos y prótesis incluyendo ayudas funcionales.
5. Realizar campañas de sensibilización para que los adultos mayores tengan una vida digna con apoyo de sus comunidades.
6. Lograr el aprovechamiento de experiencias y capacidades de los adultos para el beneficio de los programas sociales, en especial de los proyectos productivos.
7. Publicar anualmente un informe sobre las condiciones de bienestar de los adultos mayores.

El organismo designada para controlar esto es el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), anteriormente llamado Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), con las siguientes responsabilidades:

- Ser la institución rectora de la política nacional a favor de las personas Adultas Mayores.
- Coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que apliquen diversas entidades públicas y privadas participantes

- Determina las responsabilidades de la Federación, las entidades y los municipios y asigna obligaciones específicas a:
 - La Secretaría de Desarrollo Social
 - La Secretaría de Educación Pública
 - La Secretaría del Trabajo y Previsión Social
 - La Secretaría de Comunicaciones y Transportes
 - La Secretaría de Turismo
 - El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y
 - Las instituciones públicas del sector salud y
 - Las instituciones públicas de vivienda de interés social

EL INAPAM deberá atender los siguientes criterios:

I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades en la Administración Pública Federal, a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas.

II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo de programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas. Estamos conscientes que aún falta mucho por hacer en el desarrollo de las políticas públicas, así como en la coordinación, evaluación y supervisión para su adecuada aplicación para el mejoramiento significativo del nivel de vida de los adultos mayores. Estamos firmemente convencidos de que los adultos mayores constituyen un capital humano para México, con un gran mercado potencial creciente en las inversiones. Lejos de ser una carga, debemos considerarlos como un potencial y una experiencia aprovechable para el desarrollo de negocios.

III. Fortalecimiento de los vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal con el fin de cumplir con los objetivos de la ley.

Las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades (concentradas en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades) son una parte; los factores ambientales, económicos y sociales (el entorno físico, la geografía, la educación, la condición social, el género) influyen notablemente en la salud. Por ello, las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad generaran también mejoras en su salud.

Precisamente, uno de los derechos que se garantiza preferentemente en la Ley de los Adultos Mayores de México es a una vida con calidad, a vivir en entornos seguros, dignos y decorosos (artículo 5°). Anexo A.

Para entender a una persona en su proceso de envejecimiento, debemos tener en cuenta su ciclo vital, que se da inserto en una cultura y en cierto momento histórico. Tres razones favorecen a que el ciclo enfermedad-pobreza-enfermedad se presente cada vez con más frecuencia en los adultos mayores de México: el tipo de enfermedades que predominan en ellos, su bajo nivel de ingresos y las dificultades que tienen para acceder a los servicios de salud, a lo cual podríamos agregar los altos índices de analfabetismo en el país (bajo en la zona urbana, pero cuyos porcentajes rurales elevan la media nacional). Por ello, la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, la condición socioeconómica de los adultos mayores en la región está deteriorada por la falta de sistemas de seguridad social de amplia cobertura al momento del retiro, por la debilidad y fragilidad de los sistemas de salud para enfrentar sus necesidades y por la falta de una política de vivienda y de mecanismos de integración social e intergeneracional.

Según una muestra representativa de los individuos que viven en colonias populares en la Ciudad de México, de acuerdo a las investigaciones que realizaron en forma conjunta la Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, con el patrocinio de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, el 43% de las personas encuestadas no tuvo acceso a la educación, el 40% no terminó la primaria y solo lo hizo el 13%; se inscribió en secundaria el 2%, pero solo terminó el 1% y en esa misma proporción tuvo acceso a estudios universitarios.

Uno de los principales problemas de la sociedad moderna es que la salud pública y la medicina están manteniendo vivos a los viejos a un ritmo más acelerado de lo que la sociedad les puede generar alternativas para su bienestar.

Los principios rectores del sector público referentes a la atención de los adultos mayores se encuentran en el Programa Nacional de Desarrollo Social y son los siguientes:

- Autonomía y autorrealización: todas las acciones que se realicen en el beneficio de las personas Adultas Mayores deben estar orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal comunitario.

- Participación: implica la inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención.
- Equidad: es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo o religión o cualquier otra circunstancia.
- Corresponsabilidad: es la concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución de los objetivos de la Ley.

En síntesis la ley establece:

- Una amplia gama de derechos para las personas adultas mayores.
- Obligaciones específicas para la Federación, los Estados, Municipios y sociedad en general.
- Mecanismos de coordinación para hacer válidos los derechos y obligaciones mencionados.
- Bases para el diseño e implementación de políticas públicas.
- Sin embargo en México no existe una cultura de apoyo a los adultos mayores a pesar de existir numerosas instituciones públicas y de beneficencia, sin embargo en el Plan Nacional de Desarrollo existe un entorno en el que este esfuerzo pueda tener éxito. La responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida saludable; la de los gobiernos en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar incluso en la vejez (párrafo 58 del mencionado Plan).

¿Cómo se debería preparar la población para llegar a la edad avanzada en buenas condiciones físicas y de salud?

Se ha reconocido que mantener la salud hasta la vejez exige, para los Estados, inversiones durante todo el ciclo vital de los ciudadanos, básicamente a través de la promoción de estilos de vida saludables. Prepararnos para envejecer saludablemente requiere esfuerzo individual y por parte de los Estados, ya que la pobreza y la falta de educación, la desigualdad en la asignación de los recursos, el medio ambiente deteriorado influyen negativamente y mucho:

que grandes sectores de población se encuentran envejecidos por las condiciones de vida no es ninguna novedad.

La expansión del ámbito de aplicabilidad del término “generaciones futuras” (tanto formal, esto es, en el sentido de dotarlo de un contenido propio; como material, de modo de hacerlo aplicable a la realidad práctica del derecho) puede ser útil: la protección a las generaciones futuras de viejos puede buscarse mediante la responsabilidad de promover patrones de vida saludable en el presente. Esta responsabilidad ha sido formulada con carácter genérico desde el derecho internacional de los derechos humanos, como una obligación a cargo de los Estados.

¿Existen productos y servicios geriátricos para los adultos mayores?

Existe cierta variedad de este tipo de productos y servicios. En el caso de producto la mayoría son de importación con precios elevados. Para el caso de servicios no existen alternativas para diferentes sectores en cuanto a calidad y precio.

En la Tabla N° 2 presentamos algunas empresas que actualmente ofrecen bienes y servicios especializados en la atención de Adultos Mayores en México.

Tabla N° 2: Empresas en México que ofrecen bienes y servicios para Adultos Mayores

EMPRESA	PRODUCTOS Y/O SERVICIOS
Aktiva-mx Tel. .53.83.53.43 * México, D.F.	Sillas de ruedas y accesorios
Asistencia Clínica Personalizada <u>direccion@asistenciaindicapersonalizada.com</u> Incorporación de Proveedores Solicitud de Servicios para empresas.	Servicio de asistencia clínica a domicilio.
Asoc. De Terapeutas y Especialistas Multidisciplinarios en el Distrito Federal ¹ .	Servicio, valoración, tratamiento y capacitación en rehabilitación integral. Edad de Oro de los Abuelos San Judas Tadeo, A.C. Fundación una oportunidad para todos, A.C. Fondo Privado de Socorro José María Olloquil, A.P, Fundación Vida Plena Ing. Daniel Lozano Aduna , .A. P
Asociación. Mexicana para la Atención de Personas con Discapacidad Visual ²	Material didáctico y tecnología informática para Personas con discapacidad visual
Autonomía Total : Diversos tipos de equipos para la asistencia de manejo , desplazamiento a lugares inaccesibles por el momento, incluye controles de mano para el manejo y extensiones de pedal para el freno, acelerador, emergencia, cuenta También con accesorios como: Salva escaleras, sillas de ruedas motorizadas scooters,; para uso personal, comercial, camiones urbanos y escolares. Roble Nte. # 1227 Col. Talleres. Monterrey, N.L. México	Equipos para personas con discapacidad.

¹ El 18 de enero de 2001 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Decreto de creación del Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS).

El Decreto de creación del IASIS sienta las bases jurídicas que dan sustento a este órgano administrativo desconcentrado, con autonomía técnica y de gestión, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social

² NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar la siguiente NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud.

<p>Centro de Neurorehabilitación Angeles</p> <p>Este Centro es el primero en introducir la rehabilitación integral de las personas con daño cerebral y medular adquirido; además en éste se aplican los últimos programas y técnicas de neurorehabilitación, apoyados con la mejor tecnología</p>	<p>Centro de atención, investigación y enseñanza en Neurorehabilitación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esta enfermedad puede presentarse a cualquier edad, pero su incidencia es mayor en las personas de más de 65 años, afectando principalmente a las mujeres. 2. Cuarta causa de muerte general en México y tercera en mayores de 65 años.³ 3. Primera causa de discapacidad 300 mil/año. 4. Prevalencia mundial 500-600/100 mil 5. Incidencia mundial 179/100 mil 6. En países desarrollados ha disminuido la incidencia y mortalidad, en el tercer mundo lo contrario.
<p>Centro de Servicios Auditivos</p> <p>Ustedes pueden encontrarnos directamente en Monterrey, México, en la dirección que aparece abajo, o en los demás centros audiológicos ubicados en toda la República Mexicana que utilizan nuestros productos.</p> <p>INAUDI Monterrey. Río Mississippi # 128, Oficinas 8 Colonia del Valle, San Pedro, Garza García.</p> <p>Nuevo León, México. CP 66220.</p> <p>Tel. +52-818-114-7307 / 09.</p>	<p>Aparatos auditivos</p>
<p>Centro Nacional de Rehabilitación</p> <p>Calzada México Xochimilco #. 289, Delegación Tlalpan ,</p>	<p>Rehabilitación de pacientes con discapacidad</p>
<p>Comisión Nacional de Derechos Humanos⁴</p>	<p>Institución en defensa de los derechos humanos de personas c/discapacidad</p>

³ <http://www.mediks.com/saludyvida/articulo.php?id=1766>. articulo Enfermedad Vasculardr. Antonio Zarate Méndez
Neurocirujano

<p>Compresas Bio-orgánicas http://www.compresasbio-organicas.com</p>	<p>Compresas auxiliares en el tratamiento del dolor.</p>
<p>Diabetes Integral info@Aid.com.mx</p>	<p>Productos para personas con diabetes</p>
<p>Fundación Bertha O. de Osete Av. Central No. 24, Colonia San Cayetano, San Juan del Río, Querétaro México.</p>	<p>Silla de ruedas, carreolas, andadores y bastones</p>
<p>Industrias Reyes S.A de C.V.</p>	<p>Fabricantes y distribuidores de sillas de ruedas, camillas, muletas, andaderas, bastones, diablos para oxígeno y accesorios.</p>
<p>Gomedic S.A. de C.V.</p>	<p>Artículos ortopédicos, Aparatos ortopédicos, prótesis, aparatos de rehabilitación.</p>
<p>Ramsan 2000 Máximino Pozos No.94, Col. Centro Jalisco, México</p>	<p>Vehículos eléctricos y de gasolina para personas con discapacidad.</p>
<p>Soluciones en Tecnología Adaptada México Soluciones en Tecnología Adaptada México, S.A. de C. V. México, D. F. correo electrónico: correo@sta-mexico.com página electrónica: www.sta-mexico.com</p>	<p>En STA México nos especializamos en brindar soluciones de cómputo para personas con discapacidad, basadas en los productos de IBM® y sus Asociados de Negocios.</p> <p>Ofrecemos las herramientas y servicios de cómputo para la rehabilitación, terapia, capacitación e integración laboral de personas con discapacidad, cubriendo las siguientes categorías:</p> <p><u>Visión</u></p> <p><u>Lenguaje y problemas del habla</u></p> <p><u>Motriz</u></p> <p><u>Dislexia y problemas cognoscitivos</u></p> <p><u>Educación</u></p>

⁴ Una reforma constitucional, publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 13 de septiembre de 1999, dicho Organismo Nacional se constituyó como una Institución con plena autonomía de gestión y presupuestaria, modificándose la denominación de Comisión Nacional de Derechos Humanos por la de Comisión Nacional de *los* Derechos Humanos

¿Existen en México instalaciones para los adultos mayores?

No, no es común que los edificios tanto públicos como privados tengan las adaptaciones que requieren los adultos mayores para hacer uso o transitar a través de las mismas con comodidad y sin riesgos.

¿Existen una oferta de este tipo de productos para la población mexicana de adultos mayores que mantendrá un alto ritmo de crecimiento en los próximos años?

Algunos ejemplos de empresas que ofrecen productos y servicios para los adultos mayores en México son las siguientes:

¿Se cuenta con especialistas en el campo de la Geriatría?

Solamente existen 300 especialistas en todo el país con la especialidad de Geriatría por lo que el déficit en este momento es enorme y se incrementará con el paso del tiempo. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es la institución rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, entre sus bases de acción se encuentra la investigación y la formación del recurso humano en Gerontología.⁴

Establecer la relación de conceptos

Los sectores en que detectamos se pueden estudiar alternativas de negocio para la atención de las necesidades de los adultos mayores son los siguientes:

- Accesibilidad y mobiliario
- Actividades recreativas (viajes, campamentos, eventos sociales)
- Servicios de salud y de alimentación
- Asesoría legal
- Ortopedia y ayuda técnica
- Casas de retiro

4. Planteamiento del problema

Los adultos mayores tienen necesidades específicas, la oferta de productos y servicios en México que hemos encontrado hasta el momento, no cubre todas estas necesidades o en algunos casos no ofrece variedad para que los consumidores puedan elegir de acuerdo a sus requerimientos de calidad y precio. La población mexicana cambiara su conformación en los años venideros al incrementarse la esperanza de vida. De acuerdo a datos del CONAPO (Consejo Nacional de Población) el grupo de adultos mayores será el que mas crecerá para llegar a representar el 10.4% de la población total del país en el año 2015. En la Tabla 3 mostramos los datos de los volúmenes de población y una aproximación al tamaño del mercado en la República Mexicana. Por tanto el problema consiste en ligar este enorme mercado potencial con alternativas de negocio que ofrezcan soluciones especializadas de bienes y servicios para los adultos mayores en México.

	Población Total	Población de 50 o más	Clases A y B	Clase C	Población Potencial	Ingreso familiar (miles de pesos)
México, D.F.	19,472,139	2,724,152	4.02%	30.54%	941,467	62,565,387
Monterrey	3,800,403	543,078	5.77%	28.42%	185,678	15,362,622
Guadalajara	4,098,275	610,233	4.72%	30.66%	215,900	14,045,712
Puebla	2,120,759	290,332	3.80%	27.73%	91,542	5,312,621
Leon	1,574,754	206,293	3.31%	27.79%	64,157	3,427,422
Juarez	1,329,521	187,595	3.00%	24.81%	52,170	2,914,445
Merida	922,738	143,117	3.29%	23.41%	38,212	2,413,497
Hermosillo	794,349	111,209	3.96%	33.49%	41,648	2,434,780
Morelia	811,147	117,860	3.91%	28.30%	37,963	2,292,337
San Luis Potosi	942,292	138,046	2.42%	25.94%	39,150	2,255,177
Veracruz	733,983	113,474	3.41%	24.75%	31,954	1,909,437
Tampico	780,741	110,084	3.46%	16.87%	22,380	1,738,309
Toluca	1,289,575	155,136	2.39%	17.94%	31,539	1,657,372
Torreon	1,113,724	155,587	1.80%	23.21%	38,912	1,797,966
Cuernavaca	921,447	133,241	2.45%	18.87%	28,407	1,641,857
Tijuana	1,298,287	159,170	1.77%	17.38%	30,481	1,536,474
Aguascalientes	757,377	88,765	2.85%	25.51%	25,174	1,504,102
Culiacan	810,157	114,313	2.50%	17.30%	22,634	1,244,870
Chihuahua	743,771	100,707	2.29%	24.72%	27,201	1,359,865
Villahermosa	665,283	77,239	3.30%	19.03%	17,248	1,286,397
Coatzacoalcos	700,773	105,326	2.15%	22.68%	26,152	1,264,319
Acapulco	798,013	107,333	2.05%	18.96%	22,551	1,313,598
Queretaro	853,091	96,570	2.22%	20.97%	22,395	1,146,694
Saltillo	700,178	98,445	1.91%	24.65%	26,147	1,196,780
Mexicali	807,515	96,256	1.66%	19.19%	20,069	939,210
Totales	48,840,292	6,783,560			2,101,131	134,561,251

Tabla 3: Ingreso familiar de hogares de personas con 50 años o más de edad en los niveles socioeconómico A/B y C de las 25 ciudades con mayor población en México

Fuentes: Encuesta Sigma 2001 (López A. y Loera M. Mercados Potenciales 2001. México, D.F.) y Censo General de Población y Vivienda 2000 (INEGI)

5. Hipótesis

Al identificar las características de los Adultos Mayores se proponen alternativas de negocios en México para las necesidades de bienes y servicios.

6. Objetivos

6.1. Objetivo General

Definir un catálogo de bienes y servicios para la atención de adultos mayores en México el cual incluya características de confort básicas.

6.2. Objetivos Específicos

PRIMERO: Detectar oportunidades de negocio en bienes y servicios para los adultos mayores en México.

SEGUNDO: Establecer el valor del mercado potencial de bienes y servicios para adultos mayores en México.

TERCERO: Informar a personas que estén próximos a su retiro (etapa de preparación para la jubilación) y a adultos mayores de opciones de bienes y servicios para mejorar su calidad de vida en temas de salud, nutrición, utilización del tiempo libre y asesoría jurídica.

7. Matriz de Congruencia

En este estudio se debe trabajar con las siguientes variables para definir la situación y condición de los Adultos Mayores, así como el tamaño del mercado potencial para los bienes y servicios especializados para este grupo de la población. Las variables se encuentran en los siguientes cinco grupos:

Generalidades de la Población Adulta Mayor:

- Cantidad de personas de 60 años y más según: sexo, localidad, subgrupo de edad y nivel de educación
- Personas económicamente activas, según: ramas de actividad económica y ocupación.
- Vivienda, según: tipo, ocupación (habitantes por vivienda), tipo de propiedad.
- Seguridad social, según: sexo

Elementos socioculturales de la población de 60 años o más en México:

- Población nacional
- Población de 60 años o mas

Aspectos sobre la morbilidad de de la población de 60 años o más en México:

- Servicios de salud proporcionados por las instituciones del sector publico
- Atención de urgencias medicas
- Gasto en servicios hospitalarios
- Población con discapacidad

Aspectos sobre la mortalidad de de la población de 60 años o más en México:

- Mortalidad por: grupos de causas, grupos de edad y sexo

Programas sociales:

- Instituciones de bienestar social que brindan servicios de atención a la población de 60 años o más en México

Aspectos Socio-Económicos de los Adultos Mayores en México:

Población de 50 años o más según, ciudad, estado, grupo de edad y clase socioeconómica

8. Justificación

La finalidad de este estudio es la de conocer el mercado Mexicano dentro del entorno de los Adultos Mayores, explorando un poco la situación actual, la legislación vigente y las necesidades básicas de las personas que a corto, mediano y largo plazo requerirán, enfatizando que la responsabilidad de los requerimientos debe ser planeada por las mismas personas antes de entrar en la edad de Adultos Mayores conociendo los antecedentes, médicos, familiares y sociales que posiblemente limitaran este periodo de vida, de tal manera que se debe planear una calidad de vida mínima de acuerdo a los niveles Sociales, Culturales y Económicos de cada una de las personas cosa que no es responsabilidad del Estado proporcionar sino que solo debe regular, pero al mismo tiempo ante la incapacidad del estado para poder proporcionar estas necesidades, es una *gran oportunidad* para los inversionistas de buscar y encontrar nuevos esquemas de negocios para *proporcionar* bienes y/o servicios para los Adultos Mayores en México como se ha logrado en algunos otros países latinoamericanos y europeos, como lo son Chile, Colombia, Puerto Rico, y *España entre otros*.

Ante la carencia de prestadores de Bienes y Servicios en México, se denota una gran oportunidad de negocios en México el cual puede proporcionar desde simple comida hasta proporcionar un servicio completo de asistencia, así como poder solicitar un servicio de empresas dedicadas a la prestación de servicios especializados para Adultos Mayores en Internet desde un sitio web y hasta en los que se puede incluir servicios Legales, Turísticos, o de consumo en general, lo cual amplía el mercado y crea alternativas de solución a las necesidades básicas de los Adultos Mayores, sin tener mayor obstáculo, que seguir ciertos parámetros o normas como las que se han señalado en este documento y que están vigiladas por algunas Secretarías de Estado.

Por otro lado es importante señalar las condiciones Socioculturales de nuestro país, que limitan y que de alguna manera sujetan las condiciones de los Adultos Mayores como es una falta de cultura de respeto y equidad en torno a los servicios que se requieren para atender a este grupo poblacional de 60 y mas años de edad, fenómeno que tiene efectos políticos, sociales, culturales, económicos y de salud que ha preocupado a las instancias de investigación médica y social, así como a organismos públicos y privados y asociaciones académicas, y de las cuales el estado no puede proporcionar como se ha señalado en este documento por lo que se deben proponer alternativas de solución a problemas biopsicosociales para prevenir que sufran males mayores, mejorando sus condiciones de vida, y ayudándoles a su reintegración social y productiva.

Considerando que el grupo de los Adultos Mayores es muy heterogéneo, con características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas diferentes, se hace necesario implementar programas que den respuesta a sus necesidades, comprendidos dentro de un modelo multidisciplinario para su atención integral, que beneficie tanto a las personas adultas mayores institucionalizadas como a las de la comunidad y a sus familias, esto dentro de un marco de atención con calidad y humanismo que les permita una vida digna. El conjunto de bienes y servicios que logre satisfacer estas necesidades con altos niveles de calidad, variedad para ofrecer alternativas para necesidades específicas y con precios accesibles representarán magníficas oportunidades de negocio en México en los años venideros.

9. Referencias

Bibliografía referida

¹ <http://www.inegi.gob.mx>

Página del Instituto Nacional de Estadística y Geográfica e Informática es un servicio público del gobierno federal que se encarga de recopilar y publicar la información estadística de la características socio-demográficas de la población y del territorio de la República Mexicana. Fecha de consulta: 28 de enero del 2006.

² Montero, R (2006). La libertad del viejo (en línea). Santiago de Chile. El Mercurio on line. 19 de Septiembre del 2003 Disponible en World Wide Web: <http://www.portaladultomayor.com/noticia.php?idnoticia=1879>. Fecha de consulta: 5 de Marzo del 2006.

³ http://www.portaladultomayor.com/cgi-bin/pam/display.pl?bri=pam&plantilla=newnivel_2.htm&cat=74&sis=4

Página Portal Adulto Mayor es un proyecto privado que respeta el más amplio espectro de creencias políticas y religiosas, teniendo siempre presente que la diversidad es parte importante de nuestra identidad. Portal Adulto Mayor es propiedad de @Ipiste Sociedad Anónima. Su directorio está conformado por por el Sr. Sergio Oxman, economista Universidad de Chile, Presidente y por la Sra. Cecilia Pallamar, BSc. in Management Sciences, University of Manchester, Inglaterra, Directora y Gerente General. Fecha de consulta: 15 de Febrero del 2006.

⁴ Espinoza, I. (2005). Propuesta para el desarrollo humano en adultos mayores - Soledad y Vejez. México, D.F. Macroeconomía, Núm. 144. 1° de agosto de 2005. Disponible en World Wide Web: http://www.macroeconomia.com.mx/articulos.php?id_sec=35&id_art=1044&id_ejemplar=61 Fecha de consulta: 5 de Marzo del 2006.

Bibliografía consultada

Razzi, E. Planning Ahead. Washington D:C. Washington Magazine, Inc., 11 (pág. 181-183). Noviembre del 2005.

Mitchel, J. et al; Report 2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities; New York, NY. Fitch Ratings – Public Finance. Septiembre 7 del 2005.

Ricklefs, R. Care for Life: Communities for Aged Offer 'Total Security,' But With Trade-Offs. New York, NY. Wall Street Journal - Eastern edition (pág.1). Noviembre 25 del 1988.

Guerra, C. "Hay 6 millones de viejitos... y solo 120 especialistas". Monterrey, NL. El Norte (pág. 13). 21 de agosto de 1996.

Cardona, C. "Ultiman detalles de local geriatrico". Saltillo, Coah. Palabra (pág, 3). 24 de Noviembre del 2005.

Carrasco M. "Deterioro cognitivo leve en pacientes en el hospital de día de Geriatria" (en línea). La Habana, Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, Facultad Salvador Allende. 13 de Octubre de 2005. Disponible en World Wide Web:
www.revistaciencias.com/publicaciones/EEkAkEZAIpCGspLwYF.php

Fecha de consulta: 28 de enero del 2006.

Páginas WEB

<http://www.getcare.com>

Página diseñada para ayudar en la búsqueda de cuidado para uno mismo o para nuestros seres queridos durante la etapa de edad avanzada, con el fin de ayudar a hacer decisiones informadas en la adquisición de bienes y servicios. Creada por: RTZ Associates, 150 Grand Avenue. Oakland, CA 94612. CEO Rick Zawadski, PhD. Fecha de consulta: 28 de enero de 2006

<http://www.cddhcu.gob.mx/>

Página de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Decretos acerca de la legislación referente a la construcción de edificios y facilidades para su uso por adultos mayores. Fecha de consulta: 28 de enero de 2006

www.geriatrianet.com

Es una revista electrónica de Geriatria y Gerontología, tiene carácter básicamente científico, es multidisciplinaria y esta dirigida a profesionales directamente implicados en la asistencia a los adultos mayores. Creada por: Editorial Balmay. C/ La Era Nº 18, Blq. A-5, 2ºB – 29016 Málaga, España. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2006

10. Anexos

- A. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de México.
- B. Norma Oficial de Prestación de Servicios para Adultos Mayores NOM-167-SSA1-1997.
- C. Cuadro comparativo de programas de atención a la población Adulta Mayor.
- D. Problemática de los Adultos Mayores en relación a las pensiones. Cámara de Diputados, LIX Legislatura.
- E. Guía para el cuidado de los Adultos Mayores. Un programa de recursos de AstraZeneca Pharmaceuticals.
- F. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. INEGI.
- G. Manual de servicios para personas mayores. Departamento para los Asuntos de Personas Mayores de Rhode Island.
- H. Tercera Edad: la cuestión de desarrollo olvidada. Network News boletín para ONGs que trabajan con personas mayores en Europa Oriental y Central.
- I. Boletín de la Agencia de Área para Adultos Mayores en el Condado de Bexar, TX.
- J. Envejecimiento común y exitoso. Universidad Nacional Autónoma de México.
- K. La tercera edad: de los 65 a los 100 años. Organización Panamericana de la Salud.
- L. Report 2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities. Fitch Ratings.
- M. Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor. Ministerio de Salud de Costa Rica.
- N. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del Adulto Mayor.
- O. La libertad del viejo (en línea). El Mercurio on line.
- P. El Cuidado de los Ancianos. The University Hospital of Columbia and Cornell.
- Q. Imposibilitados para vivir una vejez digna, 60% de los ancianos en el DF. La Jornada.
- R. Establecen nuevas políticas para atender a Adultos Mayores en Morelos. Notimex.
- S. Care for Life: Communities for Aged Offer 'Total Security,' But With Trade-Offs. Wall Street Journal.
- T. Planning Ahead. Washington Magazine, Inc.

LEY de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A:

SE CREA LA LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

TÍTULO PRIMERO

CAPÍTULO ÚNICO DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1o. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 2o. La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a:

- I. El Ejecutivo Federal, a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;
- II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables;
- III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y

IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional;

II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva;

III. Entidades federativas. Los estados y el Distrito Federal que integran los Estados Unidos Mexicanos;

IV. Ley. La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;

V. Género. Conjunto de papeles, atribuciones y representaciones de hombres y mujeres en nuestra cultura que toman como base la diferencia sexual;

VI. Geriátrica. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores;

VII. Gerontología. Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma;

VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral;

IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias;

X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales, y

XI. Instituto. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS Y LOS DERECHOS

CAPÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS

Artículo 4o. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;

II. Participación. La inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS

Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.

b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.

c. A una vida libre sin violencia.

d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.

e. A la protección contra toda forma de explotación.

f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.

g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

II. De la certeza jurídica:

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- d. En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

III. De la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

IV. De la educación:

- a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con el artículo 17 de esta Ley.
- b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

V. Del trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo

deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

VI. De la asistencia social:

a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.

c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

VII. De la participación:

a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.

b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.

c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.

d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

VIII. De la denuncia popular:

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

TÍTULO TERCERO DE LOS DEBERES DEL ESTADO, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 6o. El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. Igualmente proporcionará:

I. Atención preferencial: Toda institución pública o privada que brinde servicios a las personas adultas mayores deberá contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado, así como con los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad.

El Estado promoverá la existencia de condiciones adecuadas para los adultos mayores, tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos;

II. Información: Las instituciones públicas y privadas, a cargo de programas sociales deberán proporcionarles información y asesoría tanto sobre las garantías consagradas en esta Ley como sobre los derechos establecidos en otras disposiciones a favor de las personas adultas mayores, y

III. Registro: El Estado, a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, recabará la información necesaria del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a los adultos mayores.

Artículo 7o. El Estado promoverá la publicación y difusión de esta Ley para que la sociedad y las familias respeten a las personas adultas mayores e invariablemente otorguen el reconocimiento a su dignidad.

Artículo 8o. Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social.

Artículo 9o. La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;

II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y

III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

TÍTULO CUARTO
DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO I
DE LOS OBJETIVOS

Artículo 10. Son objetivos de la Política Pública Nacional sobre adultos mayores los siguientes:

- I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano;
- II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional;
- III. Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses;
- IV. Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren;
- V. Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social;
- VI. Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo;
- VII. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, así como procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, respeto, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico o condición social;
- VIII. Promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten;
- IX. Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer;
- X. Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario;

XI. Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento;

XII. Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas;

XIII. Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

XIV. Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes;

XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional;

XVI. Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor;

XVII. Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor;

XVIII. Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector;

XIX. Llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance los servicios sociales y asistenciales así como la información sobre los mismos, y

XX. Fomentar la creación de espacios de expresión para el adulto mayor.

CAPÍTULO II

DE LA CONCURRENCIA ENTRE LA FEDERACIÓN, LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y LOS MUNICIPIOS

Artículo 11. La Federación, las entidades federativas y los municipios ejercerán sus atribuciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas para las personas adultas mayores, de conformidad con la concurrencia prevista en esta Ley y en otros ordenamientos legales.

Artículo 12. Cuando las disposiciones de esta Ley comprendan materias y acciones que incidan en diversos ámbitos de competencia de la Federación, las entidades federativas y

los municipios, se aplicarán y ejecutarán mediante convenios generales y específicos entre cualesquiera de los tres niveles de gobierno que lo suscriban.

Artículo 13. La Federación, las entidades federativas y los municipios integrarán los instrumentos de información para cuyo efecto el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores establecerá los lineamientos y criterios generales de las bases de datos.

Artículo 14. Las autoridades competentes de la Federación, las entidades federativas y los municipios, concurrirán para:

I. Determinar las políticas hacia las personas adultas mayores, así como ejecutar, dar seguimiento y evaluar sus programas y acciones, de acuerdo con lo previsto en esta Ley, y

II. Desarrollar los lineamientos, mecanismos e instrumentos para la organización y funcionamiento de las instituciones de atención a las personas adultas mayores.

CAPÍTULO III

DE LOS PROGRAMAS Y LAS OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS

Artículo 15. En su formulación y ejecución, el Plan Nacional de Desarrollo, particularmente de su Capítulo de Desarrollo Social, deberá ser congruente con los principios, objetivos e instrumentos de los programas de atención a los adultos mayores, integrados en la política nacional respectiva.

Artículo 16. Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social:

I. Fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a los adultos mayores;

II. Promover, en coadyuvancia con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la suscripción de convenios internacionales en materia de atención a los adultos mayores, y

III. Establecer convenios de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados para acciones de atención dirigidas a las personas adultas mayores.

Artículo 17. Corresponde a la Secretaría de Educación Pública, garantizar a los adultos mayores:

I. El acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades y a cualquier otra actividad que contribuya a su desarrollo intelectual y que le permita conservar una actitud de aprendizaje constante y aprovechar toda oportunidad de educación y capacitación que tienda a su realización personal, facilitando los trámites administrativos y difundiendo la oferta general educativa;

II. La formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. También velará porque las instituciones de educación superior e investigación científica incluyan la

geriatría en sus currícula de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales;

III. En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento;

IV. Facilitar el acceso a la cultura promoviendo su expresión a través de talleres, exposiciones, concursos y eventos comunitarios, nacionales e internacionales;

V. El acceso gratuito o con descuentos especiales a eventos culturales que promuevan las instituciones públicas y privadas, previa acreditación de edad, a través de una identificación personal;

VI. Programas culturales y concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores, otorgando a los ganadores los reconocimientos y premios correspondientes;

VII. El derecho de hacer uso de las bibliotecas públicas que facilitarán el préstamo a domicilio del material de las mismas, con la presentación de su identificación personal, credencial de jubilado o pensionado y/o credencial de adulto mayor, y

VIII. Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.

Artículo 18. Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a los adultos mayores:

I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;

II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;

III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatría y la Gerontología;

IV. Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;

V. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;

VI. Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;

VII. El apoyo a las unidades médicas y organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;

VIII. Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio;

IX. Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar, y

X. Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos:

a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.

b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.

c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

Artículo 19. Corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, garantizar en beneficio de los adultos mayores:

I. La implementación de los programas necesarios a efecto de promover empleos y trabajos remuneradores así como actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión, sin más restricción que su limitación física o mental declarada por la autoridad médica o legal competente;

II. El fomento a la creación de organizaciones productivas de personas adultas mayores en grupos productivos de diferente orden;

III. Impulso al desarrollo de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas en el campo de formulación y ejecución de proyectos productivos;

IV. La organización de una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo;

V. Asistencia jurídica a las personas adultas mayores que decidan retirarse de sus actividades laborales;

VI. La capacitación y financiamiento para autoempleo, a través de becas, talleres familiares, bolsas de trabajo oficiales y particulares, y

VII. La creación y difusión de programas de orientación dirigidos a personas adultas mayores cuando deseen retirarse de los centros de trabajo públicos y privados.

Artículo 20. Corresponde a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, garantizar:

I. El derecho de las personas adultas mayores para acceder con facilidad y seguridad a los servicios y programas que en esta materia ejecuten los gobiernos federal, estatal y municipal;

II. Los convenios que se establezcan con aerolíneas y empresas de transporte terrestre y marítimo, nacional e internacional, para que otorguen tarifas preferenciales a las personas de la tercera edad;

III. Que los concesionarios y permisionarios de servicios públicos de transporte, cuenten en sus unidades con el equipamiento adecuado para que las personas adultas mayores hagan uso del servicio con seguridad y comodidad;

IV. El derecho permanente y en todo tiempo, a obtener descuentos o exenciones de pago al hacer uso del servicio de transporte de servicio público, previa acreditación de la edad, mediante identificación oficial, credencial de jubilado o pensionado, o credencial que lo acredite como persona adulta mayor, y

V. El establecimiento de convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva, para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.

Artículo 21. Corresponde a las instituciones públicas de vivienda de interés social, garantizar:

I. Las acciones necesarias a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella, y

II. El acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.

Artículo 22. Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, garantizar a las personas adultas mayores:

I. Los servicios de asistencia y orientación jurídica en forma gratuita, en especial aquellos que se refieren a la seguridad de su patrimonio, en materia de alimentos y testamentaria;

II. Los programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas;

III. Coadyuvar con la Procuraduría General de la República y las de las entidades federativas, en la atención y protección jurídica de las personas adultas mayores víctimas de cualquier delito;

IV. La promoción, mediante la vía conciliatoria, de la solución a la problemática familiar, cuando no se trate de delitos tipificados por el Código Penal o infracciones previstas en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar;

V. La atención y seguimiento de quejas, denuncias e informes, sobre la violación de los derechos de las personas adultas mayores, haciéndolos del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitar las acciones legales correspondientes;

VI. La denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores;

VII. El establecimiento de los programas asistenciales de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de las personas adultas mayores, y

VIII. Las demás que le confieran otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 23. Corresponde a la Secretaría de Turismo:

I. Impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades de atención al turismo, particularmente las que se refieren al rescate y transmisión de la cultura y de la historia;

II. Promover actividades de recreación turística con tarifas preferentes, diseñadas para personas adultas mayores, y

III. En coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría de Educación Pública, el establecimiento de convenios con las empresas del ramo para ofrecer tarifas especiales y/o gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, hospedajes en hoteles y centros turísticos.

TÍTULO QUINTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO I DE SU NATURALEZA, OBJETO Y ATRIBUCIONES

Artículo 24. Se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad

jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

Artículo 25. Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la presente Ley.

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

Artículo 26. El Instituto tendrá su domicilio legal en la Ciudad de México, Distrito Federal, y ejercerá sus funciones en todo el territorio nacional.

Artículo 27. En el ejercicio de sus atribuciones, el Instituto deberá atender a los siguientes criterios:

I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas;

II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo de programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas y los municipios, y

III. Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal, con el fin de cumplir con los objetivos de esta Ley.

Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:

I. Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional;

II. Proteger, asesorar, atender y orientar a las personas adultas mayores y presentar denuncias ante la autoridad competente;

III. Ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y, en su caso, voluntaria para las instituciones de los sectores social y privado, que realicen acciones o programas relacionados con los adultos mayores;

IV. Coadyuvar en la prestación de servicios de asesoría y orientación jurídica con las instituciones correspondientes;

V. Establecer principios, criterios, indicadores y normas para el análisis y evaluación de las políticas dirigidas a las personas adultas mayores, así como para jerarquizar y orientar sobre las prioridades, objetivos y metas en la materia, a efecto de atenderlas mediante los programas impulsados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por los estados y municipios y por los sectores privado y social, de conformidad con sus respectivas atribuciones y ámbitos de competencia;

VI. Convocar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatales y municipales, a las organizaciones civiles dedicadas a la atención de los adultos mayores, así como a las instituciones de educación, investigación superior, académicos, especialistas y cualquier persona interesada en la vejez, a efecto de que formulen propuestas y opiniones respecto de las políticas, programas y acciones de atención para ser consideradas en la formulación de la política social del país en la materia y en el programa de trabajo del Instituto;

VII. Diseñar, establecer, verificar y evaluar directrices, estrategias, programas, proyectos y acciones en beneficio de las personas adultas mayores;

VIII. Proponer criterios y formulaciones para la asignación de fondos de aportaciones federales para el cumplimiento de la política sobre las personas adultas mayores;

IX. Elaborar y difundir campañas de comunicación para contribuir al fortalecimiento de los valores referidos a la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez; revalorizar los aportes de los adultos mayores en los ámbitos social, económico, laboral y familiar; así como promover la protección de los derechos de los adultos mayores y el reconocimiento a su experiencia y capacidades;

X. Fomentar las investigaciones y publicaciones gerontológicas;

XI. Promover en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a los adultos mayores, en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral;

XII. Brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal de las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro que brinden servicios y atención a los adultos mayores;

XIII. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a los adultos mayores, para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida;

XIV. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, de las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a los lugares que se mencionan en la fracción anterior; podrá también hacer del conocimiento público dichas anomalías;

XV. Establecer principios, criterios y normas para la elaboración de la información y la estadística, así como metodologías y formulaciones relativas a la investigación y el estudio de la problemática de los adultos mayores;

XVI. Analizar, organizar, actualizar, evaluar y difundir la información sobre los adultos mayores, relativa a los diagnósticos, programas, instrumentos, mecanismos y presupuestos, que estarán para su consulta y que se coordinarán con el INEGI y CONAPO;

XVII. Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico, así como promover estudios e investigaciones especializadas sobre la problemática de los adultos mayores, para su publicación y difusión;

XVIII. Celebrar convenios con los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes, para obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que presten a la comunidad a favor de las personas adultas mayores;

XIX. Expedir credenciales de afiliación a las personas adultas mayores con el fin de que gocen de beneficios que resulten de las disposiciones de la presente Ley y de otros ordenamientos jurídicos aplicables;

XX. Promover la inclusión de consideraciones, criterios y previsiones sobre las demandas y necesidades de la población de adultos mayores en los planes y programas de desarrollo económico y social de los tres órdenes de gobierno;

XXI. Establecer convenios de coordinación con los gobiernos estatales, con la participación de sus municipios, para proporcionar asesoría y orientación para el diseño, establecimiento y evaluación de modelos de atención, así como de las políticas públicas a implementar;

XXII. Celebrar convenios, acuerdos y todo tipo de actos jurídicos que sean necesarios para el cumplimiento de su objeto;

XXIII. Promover la coordinación de acciones y programas que realicen otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales y municipales y del Distrito Federal, que tengan como destinatarios a los adultos mayores, buscando con ello optimizar la utilización de los recursos materiales y humanos y evitar la duplicidad de acciones;

XXIV. Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de atención;

XXV. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de los adultos mayores, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica;

XXVI. Promover la participación de los adultos mayores en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio;

XXVII. Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a los adultos mayores en un clima de interrelación generacional, a través de los medios masivos de comunicación;

XXVIII. Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal los proyectos legislativos en materia de adultos mayores, que contribuyan a su desarrollo humano integral, y

XXIX. Expedir su Estatuto Orgánico.

CAPÍTULO II DE SU GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 29. Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, el Instituto contará con un Consejo Directivo y una Dirección General y las estructuras administrativas que establezca el Estatuto Orgánico.

Artículo 30. El Consejo Directivo es el órgano de gobierno del Instituto y responsable de la planeación y el diseño específico de las políticas públicas anuales que permitan la ejecución transversal a favor de las personas adultas mayores. Estará integrado por los titulares de las siguientes dependencias:

- a. Secretaría de Desarrollo Social, quien fungirá como Presidente.
- b. Secretaría de Gobernación.
- c. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- d. Secretaría de Educación Pública.
- e. Secretaría de Salud.
- f. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- g. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- h. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- i. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Los representantes propietarios designarán a sus suplentes, quienes deberán tener un nivel mínimo de Director General.

Artículo 31. Se invitará como miembros del órgano de gobierno hasta cinco representantes de los sectores social o privado que sean adultos mayores, y que por su experiencia en la materia, puedan contribuir con el objeto del Instituto. Dichos representantes tendrán derecho a voz y voto. La convocatoria será formulada por el Director General del Instituto.

Se podrá invitar también, con la aprobación de la mayoría de sus asistentes, a los representantes de otras dependencias e instituciones públicas federales, estatales o municipales, los que tendrán derecho a voz y no a voto en la sesión o sesiones correspondientes.

Artículo 32. El Consejo Directivo se reunirá con la periodicidad que señale el Estatuto Orgánico, sin que pueda ser menos de cuatro veces al año, de acuerdo con el calendario que será aprobado en la primera sesión ordinaria de su ejercicio, pudiendo celebrar las reuniones extraordinarias que se requieran.

Artículo 33. Para la celebración de las reuniones, la convocatoria deberá ir acompañada del orden del día y de la documentación correspondiente, los cuales deberán ser enviados por el Director General del Instituto o Secretario Técnico, en su caso, y recibidos por los miembros del Consejo Directivo y Comisario Público, con una anticipación no menor de cinco días hábiles.

Para la validez de las reuniones del Consejo Directivo se requerirá de la asistencia de por lo menos la mitad más uno de sus miembros, siempre que la mayoría de los asistentes sean representantes de la Administración Pública Federal.

En caso de que la reunión convocada no pudiera llevarse a cabo por falta de quórum, deberá celebrarse ésta, en segunda convocatoria, entre los cinco y quince días hábiles siguientes.

Artículo 34. Las resoluciones o acuerdos del Consejo Directivo se tomarán por mayoría de los miembros presentes, teniendo el Presidente del Consejo voto de calidad en caso de empate.

El Director General del Instituto asistirá a las sesiones del Consejo Directivo con voz, pero sin voto.

Artículo 35. El Consejo Directivo tendrá además de las atribuciones a que se refiere el artículo 58 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las siguientes:

I. Tomar las decisiones que considere necesarias para el buen despacho de los asuntos y las demás que con carácter indelegable establezca la Ley Federal de las Entidades Paraestatales;

II. Autorizar la creación de los comités de apoyo que se requieran para cumplir con el objeto del Instituto, y

III. Verificar el ejercicio de los presupuestos.

Artículo 36. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá un Director General y los servidores público-administrativos, operativos y técnicos que requiera para el cumplimiento de su objeto.

El Director General será nombrado por el Presidente de la República y deberá cumplir con los requisitos señalados en el artículo 21 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

El Director General tendrá la representación legal del organismo, con todas las facultades de un apoderado general, sin más limitaciones que las establecidas en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y estará facultado para otorgar y revocar poderes generales y especiales en términos de la legislación aplicable.

Artículo 37. El Director General tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 22 y 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

CAPÍTULO III DEL CONSEJO CIUDADANO DE ADULTOS MAYORES

Artículo 38. El Instituto contará con un Consejo Ciudadano de Adultos Mayores, que tendrá por objeto conocer el seguimiento dado a los programas, opinar sobre los mismos, recabar las propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas al Consejo Directivo.

Este Consejo se integrará con diez adultos mayores de sobresaliente trayectoria en el área en que se desempeñen, de manera equitativa en cuanto a género, los cuales serán seleccionados por el Consejo Directivo a convocatoria formulada a las instituciones públicas o privadas.

El cargo de Consejero será de carácter honorario. Los requisitos, atribuciones y funcionamiento del Consejo se establecerán en las disposiciones orgánicas del Instituto.

CAPÍTULO IV DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO

Artículo 39. El patrimonio del Instituto se integrará con:

- I. Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por cualquier título;
- II. Los recursos que le sean asignados de acuerdo al presupuesto de la Secretaría de Desarrollo Social, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación;
- III. Las aportaciones voluntarias, donaciones, herencias o legados que reciba de personas físicas o morales, nacionales o extranjeras;
- IV. Los ingresos que obtenga por las actividades que realice, conforme a las disposiciones legales aplicables;
- V. Las aportaciones de los gobiernos de las entidades federativas y ayuntamientos, así como del Distrito Federal, por la prestación de los servicios a su cargo, y
- VI. Los demás bienes, recursos y derechos que adquiera por cualquier título, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

CAPÍTULO V DE LA CONTRALORÍA INTERNA

Artículo 40. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores contará con una Contraloría Interna, órgano interno de control, al frente del cual su titular designado en los términos del artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el ejercicio de sus facultades, se auxiliará por los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, designados en los mismos términos.

Los servidores públicos a que se refiere el párrafo anterior, en el ámbito de sus respectivas competencias, ejercen las facultades previstas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Entidades Paraestatales, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y en los demás ordenamientos legales y administrativos aplicables, conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Las ausencias del Contralor Interno, así como las de los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, serán suplidas conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

El Instituto proporcionará al titular del órgano interno de control, los recursos humanos y materiales que requieran para la atención de los asuntos a su cargo. Asimismo, los servidores públicos del Instituto estarán obligados a proporcionar el auxilio que requiera el titular de dicho órgano para el desempeño de sus funciones.

CAPÍTULO VI

RÉGIMEN LABORAL

Artículo 41. Las relaciones de trabajo entre el Instituto y sus trabajadores, se regirán por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 42. El personal del Instituto queda incorporado al régimen de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

TÍTULO SEXTO DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

CAPÍTULO I DE LA DENUNCIA POPULAR

Artículo 43. La denuncia a que se refiere la fracción VIII del artículo 5o. de este ordenamiento, podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando que se presente por escrito y contenga:

- I. El nombre o razón social, domicilio, teléfono si lo tiene, del denunciante y en su caso, de su representante legal;
- II. Los actos, hechos u omisiones denunciados;
- III. Los datos que permitan identificar a la presunta autoridad infractora, y

IV. Las pruebas que en su caso ofrezca el denunciante.

Artículo 44. La queja que será presentada ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos si se tramita en contra de una autoridad federal, o ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos en el caso de autoridades del orden estatal o municipal.

Artículo 45. Las formalidades del procedimiento se regirán de acuerdo con lo que establece la ley y el reglamento del Organismo de Protección de los Derechos Humanos que conozca del asunto.

Artículo 46. Los procedimientos se regirán conforme a los principios de inmediatez, concentración y rapidez, y se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades para evitar la dilación de las comunicaciones escritas.

Artículo 47. Si la queja o denuncia presentada fuera competencia de otra autoridad, la autoridad ante la cual se presente acusará de recibo al denunciante pero no admitirá la instancia y la turnará a la autoridad competente para su trámite y resolución notificándole de tal hecho al denunciante, mediante acuerdo fundado y motivado.

CAPÍTULO II DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

Artículo 48. Las instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a los adultos mayores, deberán ajustar su funcionamiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Técnicas y los reglamentos que se expidan para este efecto.

Artículo 49. El incumplimiento a la disposición contenida en el artículo anterior será sancionado administrativamente por la Secretaría de Salud y por el Instituto, conforme a sus atribuciones, de conformidad con la Ley Federal del Procedimiento Administrativo y por las autoridades locales, según lo previsto en las leyes estatales correspondientes.

Artículo 50. Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Esta Ley entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEGUNDO. El patrimonio y los bienes del actual Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, pasarán a formar parte del patrimonio del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Asimismo, sus trabajadores seguirán siéndolo de este último, sin afectación alguna de sus derechos laborales.

TERCERO. Se abroga el Decreto del Ejecutivo Federal publicado en el **Diario Oficial de la Federación** de fecha 22 de agosto de 1979, por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud.

CUARTO. Se abroga el Decreto del Ejecutivo Federal de fecha 17 de enero de 2002, por el que se regula el organismo descentralizado Instituto Nacional de Adultos en Plenitud.

QUINTO. La expedición del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores se dará dentro de los ciento veinte días posteriores a la entrada en vigor de la presente Ley.

SEXTO. Cualquier referencia al Instituto Nacional de Adultos en Plenitud o al Instituto Nacional de la Senectud, en otras disposiciones jurídicas, se entenderá hecha al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

México, D.F., a 30 de abril de 2002.- Sen. **Diego Fernández de Cevallos Ramos**, Presidente.- Dip. **Beatriz Elena Paredes Rangel**, Presidenta.- Sen. **María Lucero Saldaña Pérez**, Secretario.- Dip. **Martha Silvia Sánchez González**, Secretario.- Rúbricas".

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiún días del mes de junio de dos mil dos.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Santiago Creel Miranda**.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 25 de junio de 2002

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13, Apartado A, 23, 24, fracción III, 27, fracción X, 34, 40, 45, 58, fracción III, 167, 168, 171 y 172 de la Ley General de Salud; 3, 4, fracciones I, V, y VI, 7, 10, 11, 12, fracciones II y VI, 13, 41 y 45 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; 3, fracción XI, 40 fracciones I y XII, 47, fracción I y 52 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4, 7, 8, 56, 135, fracción VI, 137 y 138 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 23 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

CONSIDERANDO

Que con fecha 4 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD.
SECRETARIA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL.
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA.

SECRETARIA DE GOBERNACION.
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.
PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN".
INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD.
INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y DEBILES VISUALES.
HOSPITAL PARA ENFERMOS CRONICOS "GUSTAVO BAZ".
JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA.
PETROLEOS MEXICANOS.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

INDICE

- 0. Introducción**
- 1. Objetivo**
- 2. Campo de Aplicación**
- 3. Referencias**
- 4. Definiciones y Abreviaturas**
- 5. Generalidades**
- 6. Atención Integral a Menores en Instituciones de Asistencia Social**
- 7. Prestación de Servicios de Asistencia Social en Guarderías Infantiles**
- 8. Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Hogar y Albergues para Adultos Mayores**
- 9. Registro e Información**
- 10. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas**
- 11. Bibliografía**
- 12. Observancia de la Norma**
- 13. Vigencia**

0. Introducción

En nuestro país la Asistencia Social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del Estado, cuyas acciones se han caracterizado por la operación de programas circunstanciales que limitan el desarrollo de la asistencia social, amén que el retardo en la solución a los problemas más urgentes y el surgimiento de nuevas necesidades incrementan los rezagos, principalmente en los sectores más pobres de la sociedad, en los grupos más vulnerables como son los menores y adultos mayores en condición de orfandad, abandono, rechazo social y maltrato físico y mental.

En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, no sólo en el control y supervisión del uso de los recursos y aspectos administrativos, sino principalmente en la calidad de la atención, a fin de asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos, para alcanzar una operación integral más eficaz, una gestión más eficiente y la contribución hacia una sociedad más justa y democrática.

La presente Norma Oficial Mexicana establece mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones en favor de los menores y adultos mayores sujetos a asistencia social, tomando en cuenta la condición específica de cada entidad federativa.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es aplicable a todas las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

3.1 NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

3.2 NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

4. Definiciones y abreviaturas

4.1 Adulto mayor, a la persona de 60 años de edad o más.

4.2 Adulto mayor en estado de abandono, aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.

4.3 Albergue para adultos mayores, al establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.

4.4 Albergue temporal, al establecimiento donde se atiende de manera temporal a menores víctimas de delitos que se encuentran en situación de conflicto, daño o peligro, de cero a doce años de edad, que pueden ser derivados a los Centros de Asistencia Social de los tres niveles de atención.

4.5 Casa cuna, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre los 0 y 6 años de edad u 8 años de acuerdo al caso específico.

4.6 Casa hogar, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre 6 y 18 años de edad, en casas mixtas o por sexo según se disponga en su Modelo de Atención y en casos especiales, se podrá prolongar la estancia hasta los 20 años de edad.

4.7 Casa hogar para adultos mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

4.8 Centro de atención especializada, al establecimiento que atiende a personas de ambos sexos, con daños emocionales graves o deficiencias físicas y mentales que les limitan temporalmente o les impiden la vida en comunidad de niños sanos.

4.9 Centro de día, al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.

4.10 Guardería, al establecimiento que durante la jornada laboral de los padres o tutores proporciona atención integral a niños desde los 43 días de nacido hasta los 6 años de edad.

4.11 Internado, al establecimiento que proporciona asistencia social temporal a menores en edad escolar de ambos sexos y con vínculos familiares.

4.12 Instalación hidráulica, a la dotación de agua para uso o consumo.

4.13 Lactante, al menor cuya edad fluctúa desde su nacimiento hasta un año seis meses de edad.

4.14 Maternal, al menor cuya edad fluctúa de 1 año 7 meses a 3 años 11 meses.

4.15 Menor en estado de abandono, al menor que presenta abandono de uno o ambos padres, carencia de familia o rechazo familiar.

4.16 Menor en estado de desventaja social, al menor que presenta una o varias de las características siguientes: maltrato físico, mental o sexual; ambiente familiar que pone en riesgo e impide su desarrollo integral; desintegración familiar; pobreza extrema; enfermedad severa física, mental o emocional; enfermedad o incapacidad de los padres; padres privados de la libertad.

4.17 Menor en estado de orfandad parcial o total, al menor que carece de uno o ambos padres.

4.18 Menor sujeto de prestación de servicios de asistencia social en Instituciones, a la persona de 0 a 18 años de edad, cuya situación la coloca parcial o totalmente en estado de orfandad, abandono o desventaja social.

4.19 Preescolar, al menor cuya edad fluctúa de 4 años de edad a 5 años 11 meses.

Abreviaturas

4.20 cm Centímetros.

4.21 hrs. Horas.

4.22 m Metros.

4.23 m² Metros cuadrados.

4.24 T.V. Televisión.

4.25 W.C. Inodoro.

4.26 % Por ciento.

5. Generalidades

5.1 La prestación de servicios de asistencia social para la atención integral de menores y adultos mayores se llevará a cabo en:

- a) Casa Cuna.
- b) Casa Hogar para Menores.
- c) Albergue Temporal para Menores.
- d) Guardería Infantil.
- e) Internado.
- f) Centro de Atención Especializada.
- g) Casa Hogar para Adultos Mayores.
- h) Albergue Temporal para Adultos Mayores.

5.2 La prestación de los servicios de asistencia social comprenden:

5.2.1 Alojamiento temporal o permanente.

5.2.2 Alimentación.

5.2.3 Vestido, excepto guardería.

5.2.4 Fomento y cuidado de la salud.

5.2.5 Vigilancia del desarrollo educativo en el caso de menores.

5.2.6 Atención a menores con discapacidad.

5.2.7 Actividades educativas y recreativas.

5.2.8 Atención médica y psicológica.

5.2.9 Trabajo social.

5.2.10 Apoyo jurídico, excepto guarderías.

5.3 Para la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma, los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán contar con:

5.3.1 Reglamento Interno, que tendrá como objetivo que en la unidad prevalezca un ambiente cordial, técnicamente eficiente y con las condiciones propicias para el desarrollo de las actividades que involucran la atención integral de los usuarios.

5.3.2 Manuales técnico administrativos.

5.3.3 Programa general de trabajo.

5.3.3.1 En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores e internados orientado a:

5.3.3.1.1 Desarrollar la personalidad del usuario para que conviva con respeto y dignidad dentro de su entorno social.

5.3.3.1.2 Promover el desarrollo de sus facultades cognoscitivas que le lleven a una integración social.

5.3.3.1.3 Fomentar la convivencia humana a fin de robustecer el aprecio a la integridad y la convicción del interés para formar parte de una sociedad con igualdad de derechos.

5.3.3.1.4 Otorgar atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.

5.3.3.1.5 Realizar actividades de cuidado y fomento de la salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

5.3.3.1.6 Realizar actividades educativas y recreativas dirigidas a desarrollar todas sus facultades como ser humano.

5.3.3.1.7 Asegurar el respeto a sus derechos y pertenencias.

5.3.3.1.8 Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

5.3.3.2 En guarderías infantiles estará orientado a:

5.3.3.2.1 Elevar los niveles de salud y educación.

5.3.3.2.2 Ofrecer protección y favorecer el desarrollo del niño y la madre.

5.3.3.2.3 Incorporar menores con discapacidad no dependientes.

5.3.3.3 En establecimientos para la atención del adulto mayor estará orientado a:

5.3.3.3.1 Promover el bienestar presente y futuro de los adultos mayores.

5.3.3.3.2 Mejorar la prestación de servicios de asistencia social.

5.3.3.3.3 Estimular la interacción del adulto mayor.

5.3.3.3.4 Estimular la participación social.

5.3.3.3.5 Realizar acciones que promuevan la participación en actividades ocupacionales y recreativas.

5.3.3.3.6 Realizar acciones de referencia y contra-referencia para la resolución de urgencias médico quirúrgicas.

5.3.3.3.7 Fomentar el respeto a la persona, a sus derechos civiles y pertenencias.

5.3.3.3.8 Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

5.4 Recursos Humanos.

5.4.1 En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, casa hogar para adultos mayores y albergues temporales para adultos mayores se debe incluir preferentemente el siguiente personal: médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, intendente y vigilante las 24 hrs. del día.

5.4.2 En las guarderías se contará como mínimo con: educadora, enfermera, asistente educativa (o su equivalente en la institución que corresponda), puericultista, trabajador social y dietista (o su equivalente en la institución que corresponda).

5.5 Características de los locales.

Para ofrecer servicios de asistencia social de calidad a los usuarios, se debe contar con infraestructura e instalaciones que les permitan llevar una vida digna y segura, que comprenden:

5.5.1 Acceso principal por medio de explanada para dar seguridad y protección al público usuario.

5.5.2 Acceso al área de servicios generales distante del acceso principal.

5.5.3 Acabados lisos, de preferencia con materiales existentes en la región.

5.5.3.1 En pisos interiores, en áreas de alto flujo como vestíbulos y salas de espera, deben emplearse materiales resistentes, antiderrapantes y de fácil limpieza.

5.5.3.2 En pisos exteriores, se debe utilizar materiales resistentes naturales o artificiales.

5.5.3.3 En pisos donde se requiera agua como sanitarios, baños y vestidores, se deben utilizar materiales antiderrapantes.

5.5.4 Área física con dimensiones suficientes para albergar el área de gobierno que comprende dirección, recepción, vestíbulo, acceso y oficinas administrativas de acuerdo al tamaño del establecimiento y su estructura.

5.5.4.1 El área física para los usuarios se debe determinar en función de las actividades y equipamiento específico de cada local, clima y asoleamiento de la localidad para su correcta orientación.

5.6 Servicios Generales.

Todo establecimiento debe dar cumplimiento a las disposiciones emitidas por el Programa Nacional de Protección Civil, en función a los riesgos a los que están principalmente expuestos (incendios, sismos, inundaciones, entre otros) y a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

5.6.1 Todo establecimiento debe contar con:

5.6.1.1 Área física para el personal, con dimensión suficiente, iluminada y ventilada; baños y vestidores separados por sexo; número de muebles de acuerdo al tamaño y reglamento de construcción vigente en la entidad; estantes para ropa, área de descanso, bodega general, área para artículos de aseo y depósito de basura.

5.6.1.2 Para los usuarios: debe existir W.C., lavabos y regaderas suficiente de acuerdo al número de usuarios, tomando en cuenta el reglamento de construcción vigente en la entidad.

5.6.2 Las instalaciones hidráulicas, eléctricas, contra incendios, de gas, intercomunicación y especiales deben proyectarse de acuerdo a los reglamentos vigentes de cada entidad.

5.6.2.1 La instalación hidráulica debe reunir las características físicas, químicas y bacteriológicas para consumo humano y ser suficiente tomando en cuenta los siguientes elementos:

5.6.2.1.1 Toma de agua con tubería apropiada según el consumo y equipo de medición de flujo.

5.6.2.1.2 Cisterna de almacenamiento de agua para 3 días de acuerdo al gasto promedio diario.

5.6.2.1.3 Equipo de bombeo a tinacos.

5.6.2.1.4 Red de agua caliente para baños en general, regulada directamente desde casa de máquinas.

5.6.2.1.5 Si la provisión es únicamente por tinacos, éstos deben contener dos veces el volumen de consumo diario.

5.6.2.1.6 Calentadores de agua.

5.6.2.2 Instalación eléctrica controlada por áreas a través de circuitos de alumbrado y contactos, con interruptores tipo magnético polarizado, luces de emergencia a base de batería eléctrica en lugares estratégicos y luces de emergencia en los cuartos.

5.6.2.3 Ventilación, el diseño arquitectónico, altura y tipo de construcción debe permitir una ventilación adecuada para mantener un eficiente intercambio de aire y una temperatura agradable; en caso extremo debe equiparse con acondicionadores de aire que aseguren una temperatura estable en verano e invierno.

5.6.2.4 Iluminación natural o de acuerdo al reglamento vigente en la entidad.

5.6.3 Seguridad, se deben considerar los siguientes factores:

5.6.3.1 Diseño arquitectónico para desalojo del inmueble en caso de siniestro.

5.6.3.2 Prevención contra incendios de acuerdo al Reglamento de Seguridad y Siniestros vigente en la entidad federativa o localidad.

5.6.3.3 Se debe contar con la capacidad necesaria de agua almacenada para el uso en caso de siniestros, atendiendo a lo que establezca el reglamento de bomberos.

5.6.3.4 Detectores de humo instalados en el techo y conectados a un tablero con indicadores luminosos, accesible para el personal indicado.

5.6.3.5 Colocación de extintores en lugares estratégicos.

5.6.3.6 Sistema de alarma de emergencia sonoro, que se pueda activar mediante interruptor, botón o timbre estratégicamente colocado y accesible al personal.

5.6.3.7 Disponer de un sistema de iluminación de emergencia en las áreas de tránsito del personal y los usuarios.

5.6.3.8 Ubicación de señalamientos apropiados de tamaño mayor que el usual, para que orienten al usuario en caso de desalojo.

5.6.3.9 Puertas de salida de emergencia con la dimensión necesaria y dispositivos de fácil operación.

5.6.3.10 Puertas o cancelas con vidrio que limiten diferentes áreas, con bandas de color que indiquen su presencia.

5.6.3.11 En muros no utilizar materiales inflamables o que produzcan gases y humos tóxicos.

5.7 Servicios.

5.7.1 Alimentación.

5.7.1.1 El estado nutricional de los menores en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-

008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

5.7.1.2 La alimentación que se proporcione al adulto mayor en casa hogar para adultos mayores y albergues temporales, debe contar con el aporte calórico y nutrientes necesarios de acuerdo al estado de salud del usuario y ser controlado a través de un examen nutricional cada seis meses como mínimo.

5.7.2 Vestido

El vestido y calzado en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y casa hogar para adultos mayores deben proporcionarse y procurarse cómodos y adecuados a las necesidades de los usuarios, dependiendo de las condiciones climáticas del lugar.

6. Atención integral a menores en instituciones de asistencia social

La prestación de servicios a menores debe incluir:

6.1 Vigilancia del Desarrollo Educativo.

6.1.1 La vigilancia del desarrollo educativo debe seguir criterios orientados a la educación y lucha contra la ignorancia, especialmente en lo previsto por la Ley Federal de Educación.

6.1.2 La formación y educación de los menores comprende la incorporación formal en preescolar, primaria, secundaria y en su caso, orientación vocacional, oficios específicos y capacitación para el trabajo.

6.1.3 Debe inculcarse de acuerdo a la edad de los menores la formación para la responsabilidad, libertad, socialización, creatividad y valores morales.

6.1.4 Se debe fomentar la salud física y mental, así como el desarrollo armónico de la personalidad.

6.1.5 En el proceso educativo del menor se deben incluir las siguientes actividades:

- a)** Recreativas
- b)** Lúdicas
- c)** De esparcimiento
- d)** Deportivas
- e)** Expresión y culturales

6.2 Promoción y cuidado de la salud.

6.2.1 La vigilancia del crecimiento y desarrollo de la atención de menores en instituciones de asistencia social, deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

6.2.2 Los menores a quienes no sea posible brindar atención médica, odontológica o psicológica, deberán referirse a los servicios médicos de las instituciones de salud.

6.2.3 De acuerdo a la edad del menor, otorgar orientación para prevenir riesgos de salud sexual.

6.2.4 Area física con dimensiones suficientes, constituida por consultorios, cubículos para entrevistas y trabajos individuales o grupales, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura.

6.3 Recreación y adiestramiento.

6.3.1 Area física con dimensiones suficientes para albergar áreas de usos múltiples, talleres y oficios, recreación, áreas verdes, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura, así como un área para la colocación del asta bandera.

6.4 Dormitorios.

De acuerdo a las características de la institución, evitar el hacinamiento respetando el área tributaria de 6.48 m² por cama de cada menor.

6.5 Sanitarios.

Se dejará como mínimo un sanitario para discapacitados.

6.6 Trabajo Social.

Las instituciones deben cumplir con las siguientes actividades de trabajo social en relación con los menores:

6.6.1 Estudio de ingreso y expediente único actualizado.

6.6.2 Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su integración al hogar.

6.6.3 Apoyo a la referencia a unidades de salud y a otras instituciones de Asistencia Social.

6.6.4 Apoyo técnico-administrativo.

6.6.5 Apoyo a las actividades educativas y recreativas.

6.6.6 Estudio socioeconómico al solicitante de adopción.

6.6.7 Seguimiento del proceso de adopción.

6.7 Apoyo Jurídico.

Son actividades de apoyo jurídico las siguientes:

6.7.1 Investigar y, en su caso, regularizar la situación jurídica del menor.

6.7.2 Formalizar el trámite de adopción.

7. Prestación de servicios de asistencia social en guarderías infantiles

La prestación de servicios en guarderías debe incluir:

7.1 Salas de atención para lactantes, maternas, preescolares y de usos múltiples.

7.2 Area de recepción con escritorio, sillas, archiveros, cuna/observación, básculas con estadímetro para niños y bebés, botiquín de primeros auxilios y lavabo.

7.3 Salas de atención con cunas, colchonetas, mesas y sillas infantiles, muebles de guarda y baño de artesa.

7.4 Area común de usos múltiples para el desarrollo de actividades de entrenamiento, recreación y físicas en tiempo libre a efecto de enriquecer las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.5 Area de nutrición: cocina con anaqueles, refrigerador, estufa, fregadero preferentemente de doble tarja, trampa de grasas, triturador, disposición adecuada de basura, mesa para preparación de alimentos, laboratorio de leches con esterilizador y almacén de víveres.

7.6 Areas exteriores con patio cívico, de servicio y recreativo.

7.7 Sanitarios con excusados, área de bacinicas y lavabos de colocación y altura proporcionales a las características de los usuarios.

7.8 Son actividades inherentes a los servicios de asistencia social en guarderías infantiles:

7.8.1 Atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.

7.8.2 Actividades educativas y recreativas que promuevan el desarrollo de las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.8.3 Respeto a los derechos y pertenencias de niños y niñas.

7.8.4 Vigilancia, protección y seguridad.

7.8.5 Atención de quejas y sugerencias de los padres y familiares con garantía de que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las medidas adoptadas.

7.8.6 Promoción y participación de los padres en el proceso de atención a los menores.

7.9 Alojamiento.

7.9.1 El número de menores que se atiendan en las guarderías infantiles estará sujeto a la capacidad instalada de cada una de las unidades operativas.

7.9.2 Todas las guarderías infantiles deberán contar con organización física y funcional que contemple la distribución de áreas de acuerdo a la edad de los menores.

7.9.3 La admisión de menores se hará de acuerdo a la siguiente clasificación:

a) Lactantes: de 43 días hasta un año seis meses.

b) Maternales: de un año siete meses hasta 3 años 11 meses.

c) Preescolar: de 4 años hasta la edad cronológica límite que marca la institución.

7.10 Fomento y cuidado de la salud.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores en guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

7.11 Atención a menores con discapacidad.

7.11.1 De los requisitos de admisión.

7.11.1.1 Todas las guarderías infantiles admitirán a menores con discapacidad no dependientes.

7.11.1.2 El ingreso de los menores con discapacidad a las guarderías infantiles quedará sujeto a la disponibilidad de lugares con que cuenta cada institución respecto de la admisión general.

7.11.1.3 Los menores con discapacidad deberán presentar además de los requisitos estipulados en los reglamentos internos de cada institución, constancia de evaluación por médico especialista de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

7.11.1.4 El menor con discapacidad deberá contar mientras sea necesario, con constancia semestral de continuidad en su programa de rehabilitación de la institución que lo atienda.

7.11.1.5 En las guarderías infantiles deberán ser admitidos los menores de acuerdo a la siguiente tipificación de discapacidad y que no presenten otra asociada:

7.11.1.5.1 Problemas músculo esqueléticos.

7.11.1.5.2 Amputación unilateral.

7.11.1.5.3 Malformaciones del pie tratadas o en proceso de rehabilitación.

a. Equino varo.

b. Zambo o Both.

c. Plano-valgo.

d. Talo.

7.11.1.5.4 Malformaciones congénitas.

a. Sindactilia

b. Polidactilia

c. Focomelia proximal y distal

d. Displasia y subluxación de cadera

e. Escoliosis

f. Xifosis

g. Tortícolis

h. Acondroplasia

7.11.1.5.5 Lesión de neurona motora central, parálisis cerebral; monoparesia, hemiparesia, paraparesia, diparesia y cuadriparesia leves.

7.11.1.5.6 Lesión de neurona motora periférica (raíz, tronco, nervio).

7.11.1.5.7 Secuelas de quemaduras que no limiten apreciablemente el movimiento del aparato músculo esquelético.

7.11.1.5.8 Luxación congénita de cadera o similares que no requieran aparatos de yeso.

7.11.1.6 Problemas visuales.

a. Debilidad visual.

b. Ceguera unilateral o bilateral.

7.11.1.7 Alteraciones auditivas.

a. Agenesia de pabellón auricular.

b. Hipoacusia o sordera.

7.11.1.8 Alteraciones y problemas del lenguaje.

a. Dislalias.

b. Disritmias

c. Rotacismos y retraso en la adquisición del lenguaje

d. Labio y paladar hendido con resolución quirúrgica.

7.11.1.9 Alteraciones en el desarrollo psicomotor equivalente a un cociente de desarrollo no menor a 70.

7.11.1.10 Síndrome de Down, con un cociente de desarrollo no menor a 70.

7.12 De los recursos humanos para la atención.

Para la atención de menores con discapacidad se implementarán programas de sensibilización y capacitación continua para el personal encargado de cada área, sin que se requiera de alguna especialización.

7.13 De las condiciones e instalaciones.

La atención que se prestará a los menores con discapacidad se proporcionará en áreas físicas, instalaciones, mobiliario y equipo con que cuenta la guardería infantil y de manera gradual, se incorporarán las ayudas y asistencias técnicas necesarias para su estancia y permanencia.

7.14 Actividades educativas y recreativas.

Comprende la atención completa y suficiente de su desarrollo, brindando experiencias que enriquezcan las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.15 Trabajo social.

7.15.1 Estudio socioeconómico de ingreso.

7.15.2 Establecer una relación estrecha y permanente con la familia, proporcionando el conocimiento de programas que se realizan y promover la actividad responsable de los padres.

7.15.3 Apoyo a las actividades recreativas y educativas.

7.15.4 Apoyo a acciones jurídicas.

7.15.5 Referencia a unidades de atención médica.

8. Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores

La prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

8.1 Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores, para que lleven una vida digna, segura y productiva.

8.1.1 Las casas hogar y albergues para adultos mayores comprenderán las siguientes áreas:

8.1.1.1 Atención a la Salud: consultorios, y sala de observación.

8.1.1.2 Recreación y Adiestramiento: talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., en su caso, sala de exposición y venta de artículos.

8.1.1.3 Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales no mayor de seis camas y matrimoniales.

8.1.1.4 Sanitarios Hombres y Mujeres: WC, lavabos, mingitorios y regaderas.

Ajustar las áreas con el mobiliario y equipo específico.

8.1.2 Se debe considerar:

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

8.1.3 Para la distribución de los espacios en la vivienda se deben analizar los diferentes movimientos de personal, usuario, público, interrelación de áreas para facilitar el desplazamiento autosuficiente del adulto mayor.

8.1.4 En plazas de acceso, evitar en lo posible los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 90 cm con pasamanos tubular redondo de 5 cm de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.

8.1.5 En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado.

8.1.6 Contar con aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria.

8.1.7 En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente.

8.1.8 En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.

8.1.9 Las habitaciones deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica.

8.1.10 Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas.

8.1.11 Los pisos en baños deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural.

8.1.12 En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios señalados en la NOM-001-SSA2-1993, Que Establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

8.2 Alimentación.

8.2.1 El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro.

8.2.2 La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

8.3 Atención médica.

8.3.1 Se debe contar con equipo médico indispensable que incluya:

- a) Botiquín de primeros auxilios.
- b) Estetoscopio biauricular.
- c) Esfigmomanómetro.
- d) Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio.
- e) Aspirador.

8.3.2 La atención médica que se proporcione al adulto mayor debe estar sustentada en principios científicos, éticos y sociales; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el médico, la enfermera, gericultista, psicólogo y terapeuta físico - ocupacional.

8.3.3 Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

8.3.3.1 Educación y promoción de la salud del adulto mayor.

8.3.3.2 Fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, que implica la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.

8.3.3.3 Detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo, entre las cuales se encuentran:

- a. Hipertensión arterial.
- b. Diabetes mellitus.
- c. Enfermedad del sistema músculo esquelético.
- d. Aterosclerosis.
- e. Malnutrición.
- f. Cáncer.
- g. Otras enfermedades cardiovasculares.
- h. Depresión.
- i. Enfermedades respiratorias.
- j. Enfermedades visuales.
- k. Enfermedades auditivas.
- l. Enfermedades estomatológicas.
- m. Enfermedades dermatológicas.

8.3.3.4. Diseñar y aplicar programas orientados a la atención integral del adulto mayor con acciones relativas a:

8.3.3.4.1 Orientación nutricional.

8.3.3.4.2 Prevención de enfermedad periodontal.

8.3.3.4.3 Prevención de alteraciones psicoafectivas.

8.3.3.4.4 Prevención de caídas y accidentes.

8.3.3.4.5 Prevención de adicciones.

8.3.3.4.6 Prevención de hábitos nocivos para la salud.

8.3.3.4.7 Fomento de la actividad física.

8.3.3.5 Actividades culturales, recreativas, ocupacionales y productivas.

8.3.3.6. Promover la interacción familiar y social mediante el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

8.3.4 Las actividades curativas en los establecimientos de casa hogar y albergues para adultos mayores se llevarán a cabo mediante las siguientes acciones:

8.3.4.1 Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

8.3.4.2 Apertura del expediente clínico.

8.3.4.3 Elaboración de la historia clínica.

8.3.4.4 Estudio psicosocial.

8.3.4.5 Estudios de laboratorio y gabinete.

8.3.4.6 Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento.

8.3.4.7 Referencia, en su caso, a una unidad de atención médica para su manejo.

8.3.4.8 Las señaladas en la Norma Oficial Mexicana correspondiente de acuerdo al padecimiento que se trate.

8.4 Rehabilitación integral.

8.4.1 Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

8.4.2 Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

8.4.2.1 Coordinación psicomotriz, gruesa y fina.

8.4.2.2 Prevención y atención de deformidades físicas.

8.4.2.3 Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal.

8.4.2.4 Mantenimiento de la conciencia de espacio.

8.4.2.5 Funcionalidad de sus sentidos.

8.4.2.6 Elaboración de trabajos manuales.

8.4.2.7 Actividades sociales.

8.4.2.8 Actividades de autocuidado.

8.4.2.9 Actividades ocupacionales y recreativas.

8.4.2.10 Otras que se señalen en la normatividad aplicable.

8.5 Las casas hogar y albergues para adultos mayores deben estar vinculadas y promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros de día y casas de bienestar social. Estos centros deberán diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

8.6 Trabajo Social.

8.6.1 Las actividades de trabajo social en relación con el adulto mayor son:

8.6.1.1 Elaborar el estudio socioeconómico de ingreso.

8.6.1.2 Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social.

8.6.1.3 Apoyar la referencia a unidades de atención médica.

8.6.1.4 Apoyar trámites legales y administrativos.

8.6.1.5 Apoyar las actividades recreativas y culturales.

8.6.1.6 Gestionar descuentos y concesiones.

9. Registro e información

Toda institución que brinde servicios de asistencia social: casa cuna, hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, guarderías infantiles, albergues temporales para adultos mayores y casa hogar para adultos mayores debe incorporarse al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y, mediante el aviso de Funcionamiento a la autoridad sanitaria de su localidad.

10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma no tiene concordancia con normas internacionales ni mexicanas.

11. Bibliografía

11.1 Anzola E. Aging in Latin America and the Caribbean. In Towards the well being of the elderly. pp 9-23. Pan American Health Organization Scientific Publication No. 492. Washington, D.C. 1985.

11.2 Gutiérrez Robledo L.- The Latin American Aging Situation. Impact of Science on Society. (UNESCO) 153; 65-80, 1989.

11.3 Gutiérrez Robledo L.- El Proceso de envejecimiento. Documento preparado para el Taller sobre Políticas de Atención a los Ancianos, Santiago de Chile, 2-6- de noviembre 1992 - CELADE.

11.4 La Salud del Anciano. Organización Mundial de la Salud. Serie de Reportes Técnicos. 779, Ginebra, 1989.

11.5 Frenk J, Los Futuros de la Salud, Revista Nexos - junio 1991.

11.6 Corbalá 1 Aspectos demográficos y socioeconómicos de la tercera edad. Documento preparado para el Taller sobre Políticas de Atención a los Ancianos. Santiago de Chile, 2- 6 de noviembre 1992-CELADE.

11.7 Encuesta Nacional de Salud. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1988.

11.8 Rosales L. Galván S. Martín A.- Encuesta Nacional de Invalidez. Documento mecanografiado, DIF-junio 1982.

11.9 Alvarez R. Brown M.- Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México. Salud Pública de México 25 (1): 21-75. 1983.

11.10 Organización Panamericana de la Salud.- Las Condiciones de Salud en las Américas, Publicación científica No. 524- Washington-1990.

11.11 Puentes-Markides C. Castellanos J. Informe Final. Reunión de Consulta sobre Formulación de Políticas para los Ancianos en América Latina y el Caribe. OPS-1992.

11.12 Ley General de Salud -1991.

11.13 Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Cuna.

11.14 Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

11.15 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

11.16 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

11.17 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

11.18 Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Hogar para Menores.

11.19 Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Guarderías para Menores.

11.20 Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Albergues para Adultos.

11.21 Norma Técnica para la Prestación de Asistencia Social en Casa Hogar para Ancianos.

11.22 Gutiérrez Robledo L. Perspectivas para el Desarrollo de la Geriatria en México. Salud Pública de México 32 (6): 693-701-1990.

11.23 Salud del Anciano, Programa Intersectorial, una propuesta. Grupo Intersectorial de Salud al Anciano, 1993.

12. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de la presente Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su respectiva competencia.

13. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

Fecha de publicación: 17 de noviembre de 1999

PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

País	Institución/Organización	Atención de Salud	Otro tipo	Financiamiento
Costa Rica	Asociación Gerontológica Costarricense (A.G.E.C.O)		Clubes de la 3era Edad	Privado
	Asociación Pro Hospital Nacional de Geriatria	Mejorar los servicios de atención directa y de rehabilitación; programas de investigación y enseñanza del hospital; programas de extensión comunitaria y de apoyo a los EBAIS.	Recreación Elaboración de material didáctico Centro de documentación Donación de equipos médicos al hospital	Público y Privado
	Caja Costarricense del Seguro Social Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología	Consulta Externa, Rehabilitación, Hospitalización, Programa "Hospital de Día" (Incluye transporte hacia y desde el hospital)	Centro de investigaciones para la tercera edad., Posgrado en geriatría, programa adscrito a la escuela de Medicina de la UCR.	Público
	Clinica Integral de la Tercera Edad	Detección y control del enfermo Detección y seguimiento de grupos de riesgo. Atención de la enfermedad. Rehabilitación dento-maxilo-facial. Terapia Física Terapia del lenguaje Estimulación para la marcha Estimulación de la memoria Estimulación de la atención y la concentración Mecanoterapia	Programa "Ciudadano de Oro" Atención Preferencial en salud, descuentos comerciales, recreación de adultos mayores, trato preferencial en instituciones públicas, bolsa de empleo. Resocialización Terapia Ocupacional Terapia recreativa Dinámica familiar	Publico Privado
México	AFORE	Renta vitalicia por toda la vida del asegurado y retiros programados		Privada, Publica
	DIF, INAPAM.	Albergues. Asistencia social alimentaria, Campamentos recreativos, cocinas populares, condiciones de emergencia. Desarrollo familiar comunitario, servicios de asistencia social		Publica

PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

	<i>Institución/Organización</i>	<i>Atención de Salud</i>	<i>Otro tipo</i>	<i>Financiamiento</i>
Chile	Programa de Salud del Adulto mayor	Propósito mantener o aumentar la condición de autovalencia del adulto mayor beneficiario del FONASA.	Atención directa a los pacientes, capacitación del personal, un subprograma de alimentación complementaria, un subprograma de dispensación de medicamentos y el diseño de un modelo de atención para Adultos Mayores	Privada, Pública
España	Centro autorizado por Servicios Sociales de la Xunta de Galicia Centro Gerontológico AMMA Colmenar	Centro Frama	Actividades de Ocio, Excursiones al exterior, Celebraciones de Fiestas y fechas señaladas, Atención Psicológica, Atención de Enfermería, Rehabilitación básica, Servicio de Comedor, Aseo Personal, Transporte asistido Planes de Atención Individualizada, Servicios Residenciales, Servicios Diurnos, Servicios en el domicilio, Servicios a personas mayores residentes y no residentes	Pública, Privada Cheque asistencial Xuna de Galicia, I.S.F.AS, MUFACE Privada

<http://www.recursosasistenciales.es/centros/servicios/>

<http://www.dif.gob.mx/grupos/ancianos/index.html>

Fuente : Caja Costarricense del Seguro Social (1997a), Caja Costarricense del Seguro Social (1997b);

Federación Cruzada para la Protección del Anciano(1997); Hoja Informativa de FECRUNAPA

http://www.sci-geriatria.com/Catalogo_ayudas_tecnicas.html

1. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Información demográfica y de políticas de salud presente en la tarjeta de presentación, página WEB. Santiago, 2000.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000. Santiago: Impresora Madrid Ltda, 1999.
3. Ministerio de Salud. Informe final estudio carga de la enfermedad. Santiago: mimeo 1996.
4. Estimación de población INE-CELADE 1990-2005.
5. Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay: Situación y estrategias para la intervención. Informe de síntesis Chile. Federación Internacional de la Vejez. Escuela Andaluza de Salud Pública. OPS. BID. Equipo de trabajo: Director del proyecto: María Victoria Zunzunegui P. Consultores: Cristian Aedo I, J. Manuel Cabasés H, Guadalupe Carmona L, A. Elías Eguren B, María Isabel Larrañaga P, Pedro Paulo Marín L, S. Arlette Pinzón P, Olga Solas G. Mimeo, Escuela Andaluza de Salud Pública: Santiago, Chile, Mayo 2000.
6. JAMISON D T, MOSLEY WH, MEASHAM A R, BOBADILLA J L. Disease control priorities in developing countries. The World Bank. New York: Oxford University Press; 1993.
7. VEGA J, HOLLSTEIN R D, DELGADO I, PEREZ J, CARRASCO S, MARSHALL G, YACH D. Chile 1985- 1996. A multi-level study of education's impact on health equity En: "Challenging Health Inequities: From Ethics to Action", M. Whitehead. ed. Oxford University Press 2000, en prensa.
8. ASTORGA I, PINTO A M, SAN MARTIN H, AMPUERO L, FIGUEROA M. Los Clientes del Sistema de Salud. Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Ministerio de Salud, 2000. Documento en elaboración.



Problemática de los Adultos Mayores en relación a las pensiones.

Dr. (c) Juan Martín Sandoval De Escurdia
Investigador Parlamentario en Política Social

Lic. María de la Luz García San Vicente
Auxiliar de Investigador

Lic. María Paz Richard Muñoz
Asistente de Investigador

Av. Congreso de la Unión No. 66, Col, El Parque,
México, DF, 15969
Tels. 56-28-13-18, 56-28-13-00 Ext. 4805, Fax: 56-28-13-16
E-Mail: martin.sandoval@congreso.gob.mx

Problemática de los Adultos Mayores en relación a las pensiones.

Contenido	Pag.
Resumen Ejecutivo	2
Introducción	9
1. Elementos de orden conceptual	10
2. Elementos de referencia internacional sobre los derechos de las personas de la tercera edad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)	14
2.1. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad	14
2.2. La Organización Internacional del Trabajo (OIT)	15
3. Algunos antecedentes de la Seguridad Social en México	16
4. La problemática de los adultos mayores	20
4.1. Factor Salud	20
4.2. Factor Alimentación	23
4.3. Factor Psicológico	25
4.4. Factor socio-económico	27
4.5. El entorno social y familiar	30
5. Referencias sobre el Sistema de Pensiones	32
5.1. Contexto internacional hasta 1997	32
5.2. Sistema de Pensiones a nivel nacional al 2001	32
5.2.1. Sistema de Ahorro para el Retiro	32
5.3. Descripción General de las pensiones del ISSSTE, IMSS e ISSFAM	35
5.3.1. Instituto del Seguridad y Servicios Social para los Trabajadores del Estado. ISSSTE	35
5.3.2. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS	37
5.3.3. Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. ISSFAM	39
5.4. Las pensiones del 2001 al 2004	41
6. Conclusiones	45
Bibliografía	46
Anexo 1. Indicadores del Sistema de Pensiones	49

Resumen Ejecutivo

El presente documento, realizado y publicado a solicitud de la Diputada Federal Clara María Brugada Molina (2004), conserva la estructura general de la investigación, y tiene el propósito de presentar la problemática de los adultos mayores en relación a las pensiones.

En el primer apartado. Elementos de orden conceptual, se presentan conceptos y términos que permiten conceptualizar la problemática sobre los adultos mayores y las pensiones, como son: Seguridad social, Derecho de la Seguridad Social, Anciano, Senectud, Adulto Mayor, Plenitud, Cesantía, Jubilado, Pensión, Pensión por riesgo de trabajo, entre otros.

El segundo apartado incluye, como un elemento de referencia internacional sobre los derechos de las personas de edad, los principios de la Organización de las Naciones Unidas, (ONU) a favor de las personas de edad, sobre los que alienta a los Gobiernos a que los introduzca en sus programas nacionales cada vez que sea posible. Estos abordan, en términos generales, aspectos como:

- ✓ Independencia.- que habla sobre que las personas de edad deberán tener:
-acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud, adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
-la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- ✓ Participación.- Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
- ✓ Cuidados.- Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- ✓ Autorrealización
- ✓ Dignidad.- Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

En el tercer apartado se presentan algunos antecedentes de la Seguridad Social. Observamos que el país según la clasificación de la seguridad social en Latinoamérica: como pioneros, intermedios y tardíos, se encuentra entre los intermedios.

En cuanto a la Evolución de la Seguridad Social en México, algunos hechos relevantes son que en 1906 se propone obligar a los patrones a pagar indemnización por accidentes laborales y *otorgar pensión* a los obreros que hubiesen agotado sus energías en el trabajo, esto incluido en el capítulo “de capital y trabajo”. (Se encuentra en el programa del Partido Liberal, publicado por el grupo de los hermanos Flores Magón, exiliados en E.U.A.)

- ✓ 1910, se presenta una Iniciativa de Ley para asegurar pensiones a los obreros mutilados en la industria, en las minas o en la agricultura, o bien pensionar a sus familiares cuando aquellos pierdan la vida en servicio de alguna empresa.
- ✓ Para 1913, se presenta en la Cámara de Diputados el primer proyecto de Ley del trabajo, con el fin de plantear soluciones a los siguientes problemas: contrato de trabajo, descanso dominical, salario mínimo, habitación del trabajador, educación de los hijos de los trabajadores, y se incluyó un capítulo del seguro social.

- ✓ 1960.- La Dirección General de Pensiones y de Retiro se transformó en el ISSSTE.
- ✓ 1973.- Se aprueba por parte del Congreso de la Unión , la *nueva Ley del Seguro Social*, misma que nos regiría hasta 1997. En ella se creó el seguro de guarderías para hijos de aseguradas, se estableció el régimen voluntario, y quizá lo que más llamo poderosamente la atención: la inserción de las prestaciones sociales.
- ✓ 1976.- La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, dio por resultado lo que actualmente es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
- ✓ 1992.- Se crea el *Sistema de Ahorro para el Retiro* (SAR).
- ✓ 1995.- El Congreso de la Unión decreta la *nueva Ley del Seguro Social*, que regirá a partir de julio de 1997. donde se establece como seguro obligatorio las prestaciones sociales institucionales y de solidaridad social, proporcionadas éstas a núcleos de población marginadas rural o urbana.

Actualmente entre las estrategias del Programa Nacional de Población 2001-2006 se contempla prever las demandas del envejecimiento demográfico y brindar más y mejores oportunidades al adulto mayor.

Por ejemplo, en el sentido de esta estrategia algunas propuestas al Sistema de Pensiones que la Opinión Pública consigna, según investigadores del ITAM, son:

- ✓ Se propone la fusión del ISSSTE con el IMSS, en donde prevalezca la estructura del Seguro social,
- ✓ hacer una evaluación actuarial de los sistemas de retiro de las empresas paraestatales y de la banca de desarrollo, así como del de Petróleos Mexicanos, para determinar su sustentabilidad financiera y poder solventarlos en el corto plazo.
- ✓ que los sistemas estatales sean fondeados y portables para poderlos integrar al sistema homologado entre los trabajadores que cotizan en el apartado A y B.

El cuarto apartado trata de la problemática de los adultos mayores a partir de los siguientes factores:

✓ Factor Salud

Promover un envejecimiento activo y saludable de forma que se extienda la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas, es el gran objetivo que propone la OMS para enfrentarse a la realidad de sociedades que envejecen rápidamente.

En este sentido, la problemática de salud de los ancianos son:

a) Está ocasionado por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo del envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre las personas).

b) Aumenta con la edad. Según la Conferencia Interamericana de seguridad social, en Latinoamérica (1995) dos terceras partes de los ancianos consideraron su salud entre muy buena y regular (la proporción de mujeres es menor) a más de la mitad de los ancianos, sus problemas generales de salud les dificultan realizar algo que desean hacer.

c) Entre los problemas que requieren atención se encuentran: La prevención de la aterosclerosis, de los problemas visuales, auditivos, de la masticación, caídas, osteoporosis, incontinencia urinaria y fecal, y los problemas causados por tratamientos médicos inadecuados.

d) Los problemas más frecuentes entre las mujeres ancianas están constituidos por las enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes, las cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, obesidad, problemas osteoarticulares y las alteraciones mentales.

Un desplazamiento desde enfermedades contagiosas a no contagiosas se está produciendo con rapidez en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo, donde las enfermedades crónicas (como las cardiopatías, el cáncer y la depresión) son, cada vez más las principales causas de mortalidad y discapacidad, tendencia que se intensificará en este Siglo XXI.

En 1995, el 51 por ciento de las enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados correspondía a las enfermedades no contagiosas, los trastornos mentales y las lesiones. Para el año 2020, aumentará hasta alrededor del 70 por ciento.

Según la ONU, las dolencias crónicas como las enfermedades cardíacas, las mentales y el cáncer se están convirtiendo en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo. Así lo señaló un informe sobre la salud en el mundo para el año 2001. Las enfermedades no transmisibles provocan el 59 por ciento de todas las muertes, y la probabilidad de sufrir alguna discapacidad crece drásticamente a edades muy avanzadas. Por lo tanto, la ONU entiende que las malas políticas de salud pública pueden acarrear procesos que provoquen discapacidades y un aumento de las necesidades de las personas de edad avanzada, con el aislamiento y las dependencias consiguientes.

Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Hipertensión.
3. Accidente cerebrovascular
4. Diabetes
5. Cáncer
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
7. Enfermedades músculoesqueléticas (como Artritis y Osteoporosis)
8. Enfermedades mentales (principalmente Demencia y Depresión)
9. Ceguera y alteraciones visuales

En relación a las principales enfermedades que padecen los adultos mayores en el DF, se encontró que son:

- Enfermedades transmisibles
- Crónico degenerativas
- Diabetes
- Accidentes y lesiones

✓ Factor Alimentación

La nutrición incorrecta puede ser causada por el acceso limitado a los alimentos, la pérdida de los dientes, las penurias socioeconómicas, las situaciones de emergencia, la falta de conocimiento e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos, (por ejemplo, comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y falta de actividad física.

El consumo excesivo de calorías aumenta considerablemente el riesgo de las personas mayores a sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. La obesidad y una dieta rica en

grasas están estrechamente relacionadas con diabetes, cardiopatía, y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores

La Organización Panamericana de la Salud a recomendación de las Naciones Unidas, estableció desde 1983 un Programa Regional de Salud del Anciano, que se concentró en promover entre los países miembros, el desarrollo de programas nacionales coherentes e integrados en los servicios generales de salud existentes y en los programas homólogos de los otros sectores involucrados en el problema. En este sentido, se propusieron las siguientes estrategias de acción

- a) Atención de salud para los ancianos integrada a los servicios de atención primaria.
- b) Promoción y reforzamiento al rol de la familia y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos.
- c) Provisión de servicios institucionales para cuidados de largo plazo e internación de ancianos como último recurso. Las instituciones para ancianos deben procurar un ambiente familiar y la preservación de su autonomía.
- d) Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y postergación de la incapacidad.
- e) Política de asignación de recursos de diferentes fuentes y atendiendo factores tan importantes como vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social. El nivel económico es el principal determinante de salud, por lo tanto, deben desplegarse todos los esfuerzos necesarios para asegurar un ingreso digno a las personas ancianas.

Y a partir de las estrategias se pueden tomar acciones concretas como:

- ✓ Búsqueda de la universalidad en la renta y la seguridad social.
- ✓ Otorgamiento de concesiones especiales para los ancianos, ejemplo: vivienda, subsídios alimentarios, transporte y servicios de salud gratuitos.
- ✓ Fomento para el desarrollo de proyectos capaces de generar ingresos para los ancianos y sus familias.
- ✓ Oportunidades de trabajo, jubilación y renta más flexibles.

En general hay acciones que ayudaran a la salud y nutrición del Adulto Mayor como:

- ^ La actividad física moderada y periódica
- ^ Al avanzar la edad, ciertos nutrientes dejan de ser bien absorbidos y las necesidades energéticas disminuyen debido al declive de la tasa metabólica basal. Por tanto, es importante que las personas mayores coman una diversidad de alimentos ricos en nutrientes que sean culturalmente aceptables y están disponibles en su región a precios asequibles.

- ✓ Factor Psicológico

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores personales fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Durante este proceso, algunas capacidades intelectuales, tales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria, disminuyen de forma natural.

La preocupación sobre los aspectos psicosociales considerados claves en el entendimiento de los problemas de salud mental del anciano, casi siempre está sustentada en bases erróneas, producto del desconocimiento de los orígenes, tratamientos, consecuencias y efectos. No siempre es la atención médica constante la fórmula adecuada a tal problemática, también el apoyo de la familia y de la sociedad es fundamental.

Se ha mencionado que tanto los procesos demenciales como la depresión tienen consecuencias devastadoras en la población envejecida. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. Es frecuente que el declive del rendimiento cognitivo se desencadene por la falta de uso (falta de práctica), factores conductuales (como el consumo de alcohol) así como factores psicosociales (falta de motivación, falta de confianza, aislamiento y depresión) más que por el envejecimiento *per se*. A continuación se describen con más detalle algunos factores de orden Psicológico:

Depresión.- Los cuadros depresivos están muchas veces asociados con la soledad, la tristeza y las preocupaciones socioeconómicas

Suicidio.- El riesgo de suicidio se incrementa con la edad. Los ancianos son el grupo de edad con mayor tasa de suicidios consumados por intentos de suicidio, especialmente entre los varones. Entre los factores sociales relacionados con el suicidio, el matrimonio aparece como un factor protector, mientras que la separación y la viudez son predisponentes. El estatus socioeconómico correlaciona inversamente con la tasa de suicidios consumados

Alcohol.- El consumo de alcohol en la vejez constituye un problema de magnitud importante. Esto se puede deber a la disminución de la autoestima, problemas de adaptación a situaciones nuevas, trastornos depresivos, disminución de los ingresos económicos, pérdida de la consideración social, y de los seres queridos, aislamiento y abandono. La presencia de problemas con el cónyuge, con los hijos adultos o con otras personas del entorno social, constituyen factores que permiten la identificación del alcoholismo

Demencias.- Otro tipo de patología muy importante son las demencias, las cuales se caracterizan por la pérdida progresiva de las facultades mentales, como la memoria, la atención y la capacidad de aprendizaje, y que son irreversibles. Adicionalmente, en relación en la salud mental de los ancianos se cuenta con poca información sobre la naturaleza, gravedad y severidad de las alteraciones mentales de los ancianos, sobre todo los no hospitalizados. Pero se sabe que los problemas que deben ser reconocidos en los niveles primarios de atención son el delirio, la depresión, y las psicosis paranoides.

✓ Factor socio-económico

Cuando un trabajador se desliga del proceso productivo y se jubila o pensiona, existen factores socioeconómicos que contribuyen a un cambio en su conducta, que en gran parte está originada en la pérdida de status en el núcleo familiar cayendo en la inactividad, aislamiento y soledad.

Muchas personas mayores (sobre todo mujeres que viven solas y personas mayores que viven en zonas rurales), no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, los que carecen de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados. Los que no tienen hijos ni familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el envejecimiento activo tienen que entrecruzarse con esquemas más amplios

para reducir la pobreza y aumentar la implicación de las personas mayores en actividades que generen ingresos.

A principios de los noventa, la principal fuente de ingresos de la población envejecida era la pensión y a el 34.4 por ciento le sostenía un familiar. Entre las mujeres al 81.5 por ciento lo sostenía un familiar y el 9.2 por ciento vivía de su pensión.

Para el caso de la población económicamente inactiva de la Ciudad de México, con 65 años y más, esta información permite describir una situación económica de franca dependencia primero hacia la institución familiar (cónyuge o hijos) y en segundo término hacia la seguridad social.

En los países desarrollados, las medidas de protección social pueden incluir las pensiones, los servicios en especie, los planes de pensiones de trabajo, los programas de contribución por encargo, los programas de incentivos del ahorro, los fondos de ahorro obligatorio y los programas de seguros de discapacidad, salud y desempleo. En los últimos años las políticas de los países desarrollados se han reformado para fomentar un sistema de planes de pensiones heterogéneo que mezcla el apoyo estatal y privado para la seguridad en la vejez y anima a la productividad, a trabajar más años y a la jubilación gradual. (OCDE, 1998).

Un enfoque equilibrado de la provisión de protección social y los objetivos económicos indica que las sociedades con voluntad de planificación pueden permitirse envejecer. El desarrollo económico sostenido y las políticas eficaces del mercado de trabajo tienen en realidad un impacto más espectacular sobre la capacidad de la nación para proporcionar protección social que el envejecimiento demográfico en sí. El objetivo debe consistir en reconocer y aprovechar el talento y la experiencia de las personas mayores y garantizar un nivel de vida adecuado para ellas a la vez que fomentar los intercambios armoniosos entre las generaciones.

Como se ha observado, uno de los factores clave de la problemática de los adultos mayores es el ingreso.

✓ El entorno social y familiar

Las familias prestan casi toda la ayuda a las personas mayores que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan y el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual.

En este sentido, la ONU exige a los países que protejan más a aquellos de sus mayores que no puedan ganarse la vida o conozcan la soledad o la vulnerabilidad. En los países en vías de desarrollo, las personas mayores que necesitan asistencia tienden a confiar en el apoyo familiar, asistencia de servicios informales y sus ahorros personales. Los programas de seguros sociales son muy escasos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a una elite, un sector de población que cuenta con menos necesidades.

En términos generales, la sociedad cuenta con recursos adecuados para combatir esta situación. Durante la crianza de los hijos se inculca el respeto y el apoyo a los ancianos. Normalmente existen sistemas de organización social que aseguran una pensión, atención médica y un funeral adecuado. Sin embargo siempre habrá ancianos que quedan solos al

margen de la sociedad y que requieren atención especial. Para ellos la sociedad debe contar con sistemas especiales de apoyo.

En la actualidad las características de la familia en general, han cambiado mucho con respecto a la familia del pasado. Hay que mencionar que la familia constituye la piedra angular de la sociedad, está considerada un fenómeno universal y es el medio natural para el desarrollo de sus miembros. En el caso del anciano, la familia representa además la posibilidad de pertenencia de un grupo, es la proveedora de autoestima y protección.

Por lo anterior, se ha proclamado prácticamente como un lema la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, pero la característica de la familia actual es que ha pasado a ser de menor tamaño, lo cual se explica porque las parejas cada vez tienen menos hijos, y por ende los miembros mayores de la familia cada vez menos descendientes capaces de cuidarlos

La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es especialmente importante, ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos, y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un “grupo social más reducido”. El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales y un aumento de las conductas que dañan la salud, como un consumo excesivo de alcohol y la inactividad física. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales que las mujeres que se quedan viudas mayores. No obstante, en algunas culturas, las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas de la sociedad o, incluso, rechazadas por su comunidad.

En el quinto apartado, se aborda lo relativo al Sistema de Pensiones, tanto en el Contexto internacional a nivel Latinoamericano como a nivel nacional.

Cabe resaltar una descripción general de las pensiones del ISSSTE, IMSS e ISSFAM y la homologación de las pensiones que surtió efecto a partir del 1° de abril del 2004.

Introducción¹

Una sociedad para todas las edades es aquella que no considera a las personas mayores como pacientes o pensionados, sino que los trata como beneficiarios del desarrollo y agentes del cambio social. Es aquella que honra a sus mayores por su papel directivo y su experiencia en la comunidad... (Kofi Annan, Secretario General de la ONU)

En relación a los derechos sociales y la cuestión de la focalización de las políticas públicas hacia los grupos sociales más vulnerables, los últimos años se ha tratado de otorgar mayores beneficios para las personas de la tercera edad, quienes requieren un mejor nivel de vida, ya que las deficiencias, discapacidades o minusvalías propias de su edad, no les permiten vivir plenamente.

Los adultos mayores van perdiendo capacidad psicológica y física, se ve en declive su autonomía y a su vez sufren soledad en la vida familiar y social, además se acentúan con el pasar del tiempo, y se concentran principalmente en aspectos como:

- ✓ Salud, particularmente en problemas cardiovasculares, diabetes, cáncer, entre otros, y
- ✓ En la situación psicológica, que se manifiesta a través de depresiones las cuales se experimentan por la jubilación, o por la situación socioeconómica precaria.

Según la situación demográfica del país, parece que el envejecimiento de la población es inminente, por lo que adicionalmente se requieren políticas y programas para los adultos mayores. El resultado esperado es el aumento en la esperanza de vida pero con mayor calidad.

Una de las necesidades más puntuales es la demanda de medidas para aumentar sus ingresos. En este sentido, la cuestión en torno a los pensionados y jubilados podría ser para garantizar la seguridad social a que tienen derecho. Entendida ésta, como un conjunto de instrumentos para tener derecho a la salud y a mejorar el nivel socioeconómico.

Así, desde la creación de las pensiones, los avances para que se tenga una pensión digna para las personas en esa etapa de la vida, son pocos y variables:

- ✓ Según la Cámara de Diputados, en 2001 4.7 millones de personas mayores de 65 años recibían el beneficio de una pensión jubilatoria: 1 millón 955 mil del Instituto Mexicano del Seguro Social, 388 mil del ISSSTE, y los restantes de otras instituciones.² Estas cifras revelan que sólo el 36.9 por ciento de los trabajadores mexicanos que tienen derecho a jubilación disfrutan de esta pensión”, lo cual deja sin posibilidades de ejercer ese derecho a casi dos tercios de la población con derecho.

Con base en lo expuesto³, esta investigación tiene como propósito presentar la problemática de los adultos mayores en relación a las pensiones.

¹ Se tomó como base de esta investigación, la del mismo nombre desarrollada en la LVII Legislatura, en la cual fungió como auxiliar la Lic. María de la Luz García San Vicente. Investigación, que se encontraba inconclusa. Se agradece la participación de la Lic. María Paz Richard Muñoz en el procesamiento, búsqueda de información parciales y en la edición final.

² Gaceta Parlamentaria del H. Cámara de Diputados, 23 de marzo del 2001.

³ Según el Consejo Nacional de Población CONAPO, uno de cada cuatro adultos mayores cuenta con una pensión, es decir, alrededor de 1.5 millones de ancianos reciben alguna pensión o jubilación, Ingresos que por lo general son insuficientes para atender sus necesidades esenciales, de ahí que 60 por ciento de los hombres

1. Elementos de orden conceptual

Seguridad social:

- ^ Tiene por objeto contrarrestar la ciega injusticia de la naturaleza y de las actividades económicas, por medio de un sistema bien estructurado de bienestar colectivo integral, basado en la justicia social, niveladora de desigualdades que persigue remediar los grandes males y diferencias de las clases económicamente débiles”.⁴
- ^ Comprende la prevención y remedio de toda clase de riesgos sociales o bien, como una etapa en la marcha ascendente de la previsión social en la que la contribución personal deja de ser condición para obtener los servicios y resalta como punto de partida, la necesidad.
- ^ Conjunto integrado de medidas públicas de ordenación para la prevención y remedio de riesgos personales mediante prestaciones individualizadas y económicamente evaluables, agregando la idea de que tendencialmente tales medidas se encaminan hacia la protección general de todos los residentes contra las situaciones de necesidad, garantizando un nivel mínimo de rentas.
- ^ Instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección preventiva, reparadora y recuperadora, tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, según su organización financiera”.⁵
- ^ Es el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el derecho a un ingreso para vivir y a la salud, a través del reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del seguro social (al que contribuyen los patrones, los obreros y el Estado, o alguno de éstos) como subsidios, pensiones y atención facultativa, y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos las dependencias del Estado, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para su sostenimiento y el de su familia.⁶

Derecho de la Seguridad Social: Es una parte del Derecho Social y constituye un conjunto de normas jurídicas de orden público que tienden a realizar la solidaridad social, el bien colectivo e individual, la capacitación y adiestramiento del hombre y el desarrollo de la cultura. Son normas para proteger a la clase trabajadora en sus relaciones de trabajo subordinado, o independiente, cuando el producto de su trabajo es la fuente fundamental de subsistencia, garantizando a los trabajadores, contra las eventualidades susceptibles de reducir o suprimir su capacidad de trabajo. Una institución estatal es la encargada para la prestación del servicio público de carácter nacional, o para el socorro o providencia mediante el pago de prestaciones en dinero o en especie, a que dan derecho los seguros sociales establecidos y adecuados a cada contingencia. Los cuales son a favor de los trabajadores, sus familiares o beneficiarios,

mayores de 65 años y poco menos de 20 por ciento de las mujeres en el mismo rango de edad continúen trabajando. “El director del Instituto de “adultos mayores” argumenta que ya aumentó la esperanza de vida”. La Jornada, 26 de julio de 2002, sección: sociedad y justicia

⁴ RUIZ Moreno, Ángel G., “Nuevo derecho de la seguridad social”, Ed. Porrúa, 4ª ed. México, 2000, Pág. 18.

⁵ DE BUEN L, Néstor, “Seguridad social”, Ed. Porrúa, México, 1999, pág. 126 y 127.

⁶ RUIZ Moreno, Ángel G., “Nuevo derecho de la seguridad social”, Op cit. pág 37.

decretándose el pago de una contribución a cargo del propio Estado, de los patrones y de los trabajadores asegurados, para la efectiva prestación del servicio.⁷

Las formas de entrega de la pensión son: “Renta vitalicia por toda la vida del asegurado y retiros programados (entrega fraccionada de los fondos de la cuenta individual hasta su agotamiento)⁸. Actualmente esta operación se lleva a cabo por las Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE)⁹, que son entidades financieras, privadas, públicas o sociales, encargadas de individualizar y administrar las cuotas del seguro de retiro, cesantía y vejez y aportaciones del INFONAVIT e invertir estos fondos (exceptuando los del INFONAVIT) por conducto de Sociedades de Inversión Especializadas (SIEFORES), a cambio del cobro de las comisiones que apruebe la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CON SAR).¹⁰

Anciano: del hombre y la mujer que tiene muchos años.¹¹

Mayor: Se consideran personas “mayores” a mujeres y hombres que tienen 60 años o más.¹²

Senectud: Período de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente en los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.¹³

Tercera edad: El término surgió en Francia hacia 1950, lo acuñó el Dr. J.A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en dicho país; abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas, consideradas como de baja productividad y bajo consumo, y poca o nula actividad laboral; el concepto posteriormente se precisó, caracterizando a jubilados y pensionados de más de 60 años de edad; lo anterior significaba que quienes alcanzaban la sexta década de vida eran sujetos pasivos, una carga económica y social”.¹⁴

Es la etapa de la vida que se inicia entre los 60 y los 65 años de edad. Todas las personas que han alcanzado esta edad tienen los mismos derechos que las demás pero, frecuentemente, requieren condiciones de carácter especial.¹⁵

Adulto Mayor: La OMS decidió emplear el término “adulto mayor” significando personas de 65 ó más años de edad.¹⁶

⁷ SÁNCHEZ León, Gregorio, “Derecho Mexicano de la Seguridad Social”, Ed. Cadenas Editor y Distribuidor, 1ª, ed., México, 1987, pág. 5

⁸ AMESCUA Órnelas, Norahenid, “Las afores paso a paso”, Ed. SICCO, 3ª ed, México, 1997, glosario (XVII).

⁹ Institución financiera especializada en el manejo de los ahorros para el retiro de los trabajadores Comisión Nacional del Sistema para el Retiro, Página Web. www.consar.gob.mx/orientación/glosario/a.shtml

¹⁰ AMESCUA Órnelas, Norahenid, “Las afores paso a paso”, Ed. SICCO, 3ª ed, México, 1997, glosario.

¹¹ Diccionario Enciclopédico, Ed. Océano, México, 1998.

¹² OMS, Página web: [//srv-tt.tt.mtas.e/imserso/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm](http://srv-tt.tt.mtas.e/imserso/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm)

¹³ Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, “El adulto mayor en América latina, sus necesidades y sus problemas médico sociales”, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995.

¹⁴ Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, “El adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico sociales”, Op cit, Pág. 1

¹⁵ http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob_Derechos_humanos_de_la_tercera_edad

Cuarta Edad: Abarca a las personas de más de 80 años de edad, las que se caracterizan por la pérdida de la autonomía individual física, mental y social.¹⁷

Pleno. Completo, lleno total con su máxima intensidad.¹⁸

Plenitud: Totalidad, integridad o calidad de pleno.

Cesantía y Vejez: Denominación de un ramo del seguro que establece la nueva ley del seguro social, por lo que se protegen los riesgos derivados de un proceso legal como puede ser: la mayoría de edad (vejez), o la incapacidad para laborar (cesantía).

Cesantía: Estado laboral y jurídico del trabajador, en la cual este último ha cumplido 60 años de edad y tiene registradas ante el IMSS 1 250 semanas de cotización. Se hace acreedor a una pensión vía renta vitalicia (con una compañía aseguradora), o a retiros programados.(con la misma AFORE) según su propia elección.

Jubilación: Tiene por objetivo liquidar, administrar y controlar los pagos de los beneficios (todo tipo de Jubilaciones y Pensiones), para un Universo heterogéneo de beneficiarios dentro de una organización cualquiera.

Pensión: Cantidad otorgada en concepto de alimentos o dinero a las personas que a ella tienen derecho de acuerdo con la legislación relativa.

Pensión por riesgo de trabajo: Cantidad de dinero (en forma de pensión), que el Estado asegura a los trabajadores o sus familiares, cuando éste ha fallecido, o cuando el trabajador se halle imposibilitado de alguna de sus facultades mentales o físicas, y algo importante, que esa imposibilidad sea producto de una enfermedad o accidente profesional.¹⁹

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, (CONSAR): Organismo descentralizado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que tiene por misión supervisar y regular el funcionamiento y operación de las AFORES, SIEFORES y el SAR.²⁰

Administradoras de Fondos para el Retiro, (AFORE): Instituciones públicas o privadas que tienen por objeto la administración e inversión de los fondos aportados por trabajadores(contribuciones obligatorias destinadas a integrar un seguro para el mismo trabajador). Los recursos captados serán invertidos en sociedades de inversión especializadas exclusivamente para fondos provenientes de aportaciones de los trabajadores.²¹

¹⁶ Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, “El adulto mayor en América latina, sus necesidades y sus problemas médico sociales”, Op cit.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Diccionario Enciclopédico, Ed. Océano, México, 1998

¹⁹ ARAUJO AGUILAR, José, “Afores guía básica”, Op cit.

²⁰ Idem.

²¹ ARAUJO AGUILAR, José, “Afores guía básica”, Op cit

Sociedades de Inversión Especializada para el Retiro, (SIEFORES): son creadas por la AFORE, para administrar óptimamente las Inversiones de los recursos de las aportaciones de los trabajadores. Su constitución está reglamentada por la Ley de Sociedades de Inversión; deberán de tener un administrador profesional, quién a juicio de un comité ejecuta las mejores estrategias financieras que deben dar plusvalía a los recursos de los trabajadores, éstas posibles ganancias se repartirán a cada cuenta individual, proporcionalmente a los montos depositados. Para tales efectos las SIEFORES cobrarán comisión por el manejo profesional de los fondos.²²

Sistema de Ahorro para el Retiro, (SAR): Es un sistema de ahorro mediante el cual el trabajador va creando un fondo que va creciendo y que aumenta sus recursos al momento de su retiro, fortaleciendo al mismo tiempo el ahorro interno del país. Es una prestación social, ya que no afecta al salario del trabajador.²³

²² Idem

²³ ISSSTE, Página Web. //informatica.issste.gob.mx/website/prestaciones/sar.html

2. Elementos de referencia internacional sobre los derechos de las personas de edad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Para respetar y garantizar los derechos de las personas de la tercera edad, la O N U alienta a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sea posible sus principios:

2.1. Principios ²⁴ de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad ²⁵

✓ Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuando y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

✓ Participación

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

✓ Cuidados

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden.
15. Cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

✓ Autorrealización

16. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
17. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

²⁴ La ONU aprobó los principios por resolución de la Asamblea General el 16 de diciembre de 1991.

²⁵ Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Página web: www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm, 24 abril del 2002.

✓ **Dignidad**

18. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.

19. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

2.2. La Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Su misión es promover la justicia social para los trabajadores de todo el mundo mediante políticas y normas que contribuyen a mejorar sus condiciones de trabajo y vida. Ha integrado en sus actividades la problemática de los trabajadores de edad, por ejemplo, en 1980 se aprobó una "Recomendación sobre trabajadores de edad", que tiende a proteger sus derechos en cuanto a igualdad de trato y a asegurar la cobertura de sus necesidades específicas.

Más allá de la mejora de las condiciones de trabajo, la cuestión del envejecimiento de la población mundial y sus consecuencias socio-económicas afecta de lleno la labor de la OIT, tanto en relación al empleo como al ámbito de la protección social. El objetivo estratégico global de creación de "trabajo decente", respaldado en la Conferencia de la OIT de junio de 2001, se enmarca en una perspectiva de transformación demográfica de nuestras sociedades.

En el ámbito del empleo, según la Asamblea Mundial, los puntos más relevantes son: formación continua de trabajadores mayores, potencial de las Tecnologías de Información y Comunicación para la población mayor²⁶, discriminación laboral por edad, sistemas flexibles de empleo y jubilación, y en el ámbito de la protección social: viabilidad de los sistemas de pensiones, financiación de los gastos sanitarios, trabajadores migrantes envejecidos, junto a una preocupación transversal por las cuestiones de género y de desarrollo.²⁷

²⁶ Vease World Employment report 2000-01.

²⁷OIT, Página Web: Srv-tt.tt.mtas.es/imserso/oit.htm

3. Algunos antecedentes de la Seguridad Social en México

Los países a nivel Latinoamérica se clasifican según aparición de la seguridad social como pioneros, intermedios y tardíos. México se encuentra entre los intermedios, como se observa en el Cuadro 1. Y las acciones que sobre la materia se han seguido en el país de 1906 a 1997 se observan en el Cuadro 2.

Cuadro 1. La seguridad social en países de América Latina según periodo de aparición

Categoría	Periodo Aparición	Cobertura % Población	Costo % PBI	Carga % Salarial	Mayor % gasto
<i>Pioneros:</i> Arg-Bra-Cub Chi-Uru	1920-30	61-100	6-15	25-56	Pensiones 44-79%
<i>Intermedios:</i> Bol-Col-Ecu Méx.-Pan-Par Per-Ven	1940-50	20-60	2-5	16-24	Salud 60-80%
<i>Tardíos:</i> Gua-Hai Hon-Nic	1970-50	4-20	0.5-2	11-18	Salud 80%

Fuente: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, "El adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico sociales", Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995.

Cuadro 2. Evolución de la Seguridad Social en México

FECHAS	ACCIONES
1906	Se propone obligar a los patrones a pagar indemnización por accidentes laborales y otorgar pensión a los obreros que hubiesen agotado sus energías en el trabajo, esto incluido en el capítulo "de capital y trabajo". Se encuentra en el programa del Partido Liberal, publicado por el grupo de los hermanos Flores Magón, en el exilio en E.U.A.
1910	Iniciativa de Ley para asegurar pensiones a los obreros mutilados en la industria, en las minas o en la agricultura, o bien pensionar a sus familiares cuando aquellos pierdan la vida en servicio de alguna empresa. Don Francisco I. Madero se compromete a presentar dicha iniciativa al aceptar la candidatura presidencial
1913	Se presenta en la Cámara de Diputados el primer proyecto de Ley del trabajo, con el fin de plantear soluciones a los siguientes problemas: contrato de trabajo, descanso dominical, salario mínimo, habitación del trabajador, educación de los hijos de los trabajadores; y se incluyó un capítulo del seguro social. En las cuales quedaron pendientes. ²⁸
1917	Se determina el compromiso de atender con mayor énfasis la problemática de los derechos sociales ²⁹ reflejado en la frac. XXIX del Art. 123. que resolvería, de una manera razonable, el problema de los riesgos sufridos por los trabajadores, y la necesidad de encontrar un sustituto del salario, cuando por razones de invalidez o de vejez, los trabajadores dejaban de ser útiles para el servicio. ³⁰
1921	Primer proyecto de Ley del Seguro Social promovido por el entonces presidente de la República General Álvaro Obregón. Y cuya solución se esperaba encontrar en gran medida con la aplicación

²⁸ RUIZ Moreno, Ángel G., "Nuevo derecho de la seguridad social", Ed. Porrúa, 4ª ed. México, 2000, pág 59,60 y 61

²⁹ Op. Cit. Pág. 61

³⁰ DE BUEN L, Néstor, "Seguridad social", Ed. Porrúa, México, 1999, pág 3.

	de los <i>seguros sociales</i> . El proyecto contenía graves deficiencias, aunque de cualquier forma nunca fue aprobado por el Congreso de la Unión.
1925	Se crea la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, expedida por el entonces Presidente Plutarco Elías Calles.
1926	Se crea la Dirección General de Pensiones de Retiro, con tres objetivos fundamentales: - Otorgar préstamos pequeños, a corto tiempo, a todos los trabajadores federales a fin de que éstos pudieran atender necesidades: -Otorgarles préstamos hipotecarios, -Otorgar a aquellos trabajadores que hubieren cumplido 55 años mínimo de servicio, disfrutar de una pensión ajustada al promedio de sueldos obtenidos durante los últimos cinco años de servicio. ³¹ Se publica la Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacionales, misma que dio origen a la Dirección de Pensiones Militares.
1928	Se crea un comisión encargada de preparar un <i>capítulo de seguros sociales</i> , para formar parte de la proyectada Ley Federal del Trabajo. Dicho proyecto eliminaría el citado capítulo. ³²
1929	Se modifica el texto de la frac. XXIX, por Decreto, publicado en el Diario Oficial, con la intención de que se centralizara el sistema de la <i>seguridad social</i> , en donde se consideraba de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, y que ella comprendía los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos. ³³
1932	El Congreso de la Unión otorgó facultades extraordinarias al Ejecutivo Federal para expedir una Ley Reglamentaria del Seguro Social Obligatorio a fin de llevar a efecto dicha Ley, sin embargo, por la renuncia del entonces Presidente Pascual Ortiz Rubio tal meta quedó incumplida.
1934	Se determina la integración de una Comisión encargada de elaborar un <i>anteproyecto de Ley del seguro social</i> . Con el entonces Presidente de la República Abelardo L. Rodríguez.
1943	Se promulga la ley del Seguro Social, reglamentaria de la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución Federal, que desde su primer artículo señalara que el seguro social constituye un servicio público nacional establecido con carácter obligatorio. ³⁴
1959	Se presenta la Iniciativa de Ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por el entonces Presidente Adolfo López Mateos.
1960	La Dirección General de Pensiones y de Retiro se transformó en el ISSSTE.
1973	Se decreta por parte del Congreso de la Unión , la <i>nueva Ley del Seguro Social</i> , misma que nos regiría hasta 1997. En ella se creó el seguro de guarderías para hijos de aseguradas, se estableció el régimen voluntario, y quizá lo que más llamó poderosamente la atención: la inserción de las prestaciones sociales. ³⁵
1976	La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, dio por resultado lo que actualmente es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
1992	Se crea el <i>Sistema de Ahorro para el Retiro</i> (SAR), por Decreto se promulga en el Diario Oficial de la Federación. Incluida ahora con la Ley del Seguro Social como Capítulo V-Bis “Del seguro del Retiro”. ³⁶ Decreto por el que se establece a favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios de los trabajadores del Estado, un sistema de ahorro para el retiro. ³⁷
1993	Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley del ISSSTE, a través del cual los beneficios establecidos en el anterior decreto de 1992, se incorporaron al texto de la ley mencionada, con el cual el Sistema de Ahorro para el Retiro se integró como uno de los ramos de aseguramiento que comprende el régimen

³¹ BARAJAS Montes de Oca, Santiago, “Derechos del Pensionado y del Jubilado”, Ed. UNAM, Cámara de Diputados, 2ª ed., México, 2000, pág. 5 y 6.

³² RUIZ MORENO, Angel G., “Nuevo derecho de la seguridad social”, Op cit, pág 65 y 66.

³³ DE BUEN L, Néstor , “Seguridad social”, Op cit, Pág 4

³⁴ RUIZ Moreno, Angel G., “Nuevo derecho de la seguridad social”, Op cit, pág 67a la 69.

³⁵ RUIZ Moreno, Angel G., “Nuevo derecho de la seguridad social”, Op cit, pág. 73.

³⁶ DE BUEN L, Néstor , “Seguridad Social”, Op cit, Pág. 111.

³⁷“El SAR para los trabajadores sujetos a la Ley del ISSSTE”, Página Web: www.consar.gob.mx/sistemas/imss/temas_interes/sar_issste.shtml

	obligatorio del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
1994	Decreto para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. (CONSAR)
1995	El Congreso de la Unión decreta la <i>nueva Ley del Seguro Social</i> , que regirá a partir de julio de 1997. donde se establece como seguro obligatorio las prestaciones sociales institucionales y de solidaridad social, proporcionadas éstas a núcleos de población marginadas rural o urbana, presentada por el entonces Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León.
1997	Entra en vigor la Ley del Seguro Social

Tabla realizada por la División de Política Social del Servicio de Investigación y Análisis, Dirección de Servicios de Bibliotecas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión LVIII Legislatura, Junio 2002, Con base en las siguientes fuentes: RUIZ Moreno, Ángel G., "Nuevo derecho de la seguridad social", Ed. Porrúa, 4ª ed. México, 2000, DE BUEN L, Néstor, "Seguridad social", Ed. Porrúa, México, 1999, BARAJAS Montes de Oca, Santiago, "Derechos del Pensionado y del Jubilado", Ed. UNAM, Cámara de Diputados, 2ª .ed., México, 2000.

Cuadro 3. Vínculos entre los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Población 2001-2006

Plan Nacional de Desarrollo	Programa Nacional de Población.
Área de desarrollo social y humano	
Fortalecer la cohesión y el capital social.	Potenciar las capacidades, opciones e iniciativas de los hogares y de sus integrantes para que estén en mejores posibilidades de cristalizar los proyectos de vida que tienen razones para valorar.
Área de crecimiento con calidad	
Conducir responsablemente la marcha económica del país.	Anticipar las demandas sociales derivadas del cambio en la estructura por edad de la población y atenderlas con oportunidad y equidad.

Tabla realizada por la División de Política Social del Servicio de Investigación y Análisis, Dirección de Servicios de Bibliotecas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LVIII Legislatura, octubre 2002, con base en Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006, página Web: www.conapo.gob.mx/politica-dp/5.html

Cuadro 4. Vínculos entre Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Población

Plan Nacional de Desarrollo	Programa Nacional de Población.
Anticipar las demandas sociales derivadas del cambio en la estructura por edad de la población y atenderlas con oportunidad y equidad.	Aprovechar las oportunidades que brinda el bono demográfico. Invertir en el desarrollo humano de las y los jóvenes y fomentar en ellos actitudes y prácticas de prevención y planeación. <u>Prever las demandas del envejecimiento demográfico y brindar más y mejores oportunidades al adulto mayor.</u>
Potenciar las capacidades, opciones e iniciativas de los hogares y de sus integrantes para que estén en mejores posibilidades de cristalizar los proyectos de vida que tienen razones para valorar.	Acrecentar las oportunidades de las familias y de sus miembros a lo largo del curso de vida.

Tabla realizada por la División de Política Social del Servicio de Investigación y Análisis, Dirección de Servicios de Bibliotecas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LVIII Legislatura, octubre 2002, con base en Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006, página Web: www.conapo.gob.mx/politica-dp/5.html

Cuadro 5. Diferentes propuestas al Sistema de Pensiones en la Opinión Pública

<i>PROPUESTA</i>	<i>AUTOR</i>
“Proyecto de reformas a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro que permitirá invertir hasta el 20 por ciento de los fondos de pensiones de los trabajadores en valores y acciones en el extranjero, así un porcentaje adicional en proyectos de infraestructura energética de comunicaciones y de vivienda dentro del país”, y establece la creación del Consejo Nacional del Sistema de Pensiones. ³⁸	Ejecutivo.
“El IMSS sólo tiene dos caminos: aumentar las cuotas patronales o incrementar el presupuesto que le otorga el gobierno federal cada año”. ³⁹	Primer Informe dictaminado del Instituto (IMSS)
“Se propone la transformación legal e institucional que deben tener como criterios y objetivos asegurar el pago de pensiones a los jubilados del ISSSTE” ⁴⁰ .	Comisión de Vigilancia del ISSSTE
“Se propone la fusión del ISSSTE con el IMSS, en donde prevalezca la estructura del Seguro social, otro paso es hacer una evaluación actuarial de los sistemas de retiro de las empresas paraestatales y de la banca de desarrollo, así como del de Petróleos Mexicanos, para determinar su sustentabilidad financiera y poder solventarlos en el corto plazo. Además sería ideal que los sistemas estatales sean fondeados y portables para poderlos integrar al sistema homologado entre los trabajadores que cotizan en el apartado A y B”. ⁴¹	Investigadores del ITAM.
“Una de las prioridades del INPAM, en conjunto con la STPS, es lograr que en breve se retrase la edad de jubilación, en promedio una década, la propuesta es que se fije en los 70 años de edad”. ⁴²	Pedro Borda Hartmann, Director General del INAPAM
Con la entrada en vigor de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Borda Hartmann resaltó que el artículo 19 fija las responsabilidades que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) tiene en <u>la creación de las condiciones necesarias para que los adultos mayores cuenten con oportunidades laborales que les permitan tener una vida económicamente digna</u> . ⁴³	Director del Instituto de adultos mayores”

Tabla realizada por la División de Política Social del Servicio de Investigación y Análisis, Dirección de Servicios de Bibliotecas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, LVIII Legislatura, octubre 2002, con base en las siguientes fuentes: La Jornada, El Financiero, El Heraldo de México, El Economista.

³⁸ DAMIÁN Hernández, Fernando. “Aprueban invertir los fondos de pensión en valores y acciones”, El Heraldo de México, 25 de abril de 2002, primera plana.

³⁹ RENDÓN, Héctor, “Superan pasivos del IMSS a Fobaproa”, 27 de junio de 2002, El Economista, primera plana.

⁴⁰ El Heraldo de México, “Ahoga al ISSSTE la magnitud de su déficit millonario, advierten”, 28 de junio de 2002, Pág. 1-A.

⁴¹ LEVY, Santiago, “Crisis en el sistema pensionario social”, El Financiero, 3 de julio 2002, Pág.8.

⁴² GÓMEZ Mena, Carolina, “El Director del Instituto de Adultos mayores argumenta que ya aumentó la esperanza de vida”, La Jornada, 26 de julio de 2002., Sección: sociedad y justicia.

⁴³ GÓMEZ Mena, Carolina, “El Director del Instituto de Adultos mayores argumenta que ya aumentó la esperanza de vida”, La Jornada, Op cit.

4. La problemática de los adultos mayores.

4.1. Factor Salud

La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ancianos de más edad. Ha llegado el momento para planificar y actuar. En todos los países, pero sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y económicamente activas son, más que un lujo, una necesidad.

Promover un envejecimiento activo y saludable como forma de extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas, es el gran objetivo que propone la OMS a la comunidad mundial para enfrentarse con optimismo a la realidad de unas sociedades que envejecen rápidamente.⁴⁴

A medida que las naciones envejecen, y a la vez que se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo es inevitable que aparezca un cambio en los patrones de las enfermedades. Dichos cambios afectan con mayor dureza a los países en vías de desarrollo. Incluso aunque estos países continúen luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto, se enfrentan al rápido aumento de las enfermedades no contagiosas. Esta “doble carga de la enfermedad” agota hasta el límite los escasos recursos.⁴⁵

Desde el punto de vista de la salud, cabe señalar que el incremento en la esperanza de vida, que en 1995 alcanzaba los 72 años para la mujer y 68 para el hombre, aunado a las mejores condiciones de vida y la mejoría en la calidad de la atención médica conducen al fenómeno observado de comprensión de la morbilidad y de la mortalidad en los últimos decenios de la existencia. Las causas de mortalidad obedecen, en primer término, a enfermedades crónico-degenerativas, destaca el hecho de que, las enfermedades infecciosas pulmonares y gastrointestinales ocupaban para 1995 el quinto y el sexto lugares reflejando la coexistencia de patología prevalente en sociedades altamente industrializadas con la patología de la pobreza, haciendo patente la heterogeneidad típica de las sociedades en desarrollo.⁴⁶

La acumulación de los años afecta la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, independientemente de la salud. Las principales características de los problemas de los ancianos son:

- a) Los problemas de salud de los ancianos están ocasionados por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo del envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre las personas).
- b) Los problemas de salud de los ancianos aumentan con la edad. Según la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en Latinoamérica (1995), dos terceras partes de

⁴⁴ OMS, Página Web: [//srv-tt.tt.mtas.es/imserso/oms.htm](http://srv-tt.tt.mtas.es/imserso/oms.htm)

⁴⁵ OMS, Página Web: www.srv-tt.tt.mtas.es/imserso/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁴⁶ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, “El adulto mayor en América Latina”, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995, pág. 111.

los ancianos consideraron su salud entre muy buena y regular, aunque la proporción de mujeres es menor. Asimismo, la Conferencia afirma que a más de la mitad de los ancianos, sus problemas generales de salud les dificultan realizar algo que desean hacer.

- c) Entre los problemas de salud que requieren atención se encuentran: La prevención de la aterosclerosis, de los problemas visuales, auditivos, de la masticación, caídas, osteoporosis, incontinencia urinaria y fecal, y los problemas causados por tratamientos médicos inadecuados.
- d) Los problemas de salud más frecuentes entre las mujeres ancianas están constituidos por las enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes, las cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, obesidad, problemas osteoarticulares y las alteraciones mentales.⁴⁷

Este desplazamiento desde enfermedades contagiosas a no contagiosas se está produciendo con rapidez en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo, donde las enfermedades crónicas (como las cardiopatías, el cáncer y la depresión) son, cada vez más, las principales causas de mortalidad y discapacidad, tendencia que se intensificará en el próximo siglo.

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, cardiopatía, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres) varía considerablemente entre las personas. Para la mayoría de ellas, vivir sin enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual de la herencia genética y de sus conductas personales, cómo hacen frente a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico.⁴⁸

En 1995, el 51 por ciento de las enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados correspondía a las enfermedades no contagiosas, los trastornos mentales y las lesiones. Para el año 2020, el peso total de tales enfermedades aumentará hasta alrededor del 70 por ciento.⁴⁹ En este sentido se ha demostrado, como previsión, la actividad física moderada y periódica.

Según la ONU, las dolencias crónicas como las enfermedades cardíacas, las mentales y el cáncer se están convirtiendo en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo, incluso en los países en desarrollo. Lo que se confirma en un informe oficial sobre la salud en el mundo en el año 2001, el cual señala que las enfermedades no transmisibles provocan el 59 por ciento de todas las muertes. Asimismo, la probabilidad de sufrir alguna discapacidad crece drásticamente a edades muy avanzadas.

La ONU entiende que las malas políticas de salud pública pueden acarrear procesos que provoquen discapacidades y un aumento de las necesidades de las personas de edad avanzada, con el aislamiento y las dependencias consiguientes.⁵⁰

⁴⁷ Op. Cit. Pág. 135.

⁴⁸ Salud y Envejecimiento, OMS, Página Web. www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁴⁹ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁵⁰ Cumbre Mundial sobre Envejecimiento, Página Web: eltiempo.terra.com.co/salu/notisalud/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-13069.html.

Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo: ⁵¹

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Hipertensión.
3. Accidente cerebrovascular
4. Diabetes
5. Cáncer
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
7. Enfermedades músculoesqueléticas (como Artritis y Osteoporosis)
8. Enfermedades mentales (principalmente Demencia y Depresión)
9. Ceguera y alteraciones visuales

Para el caso de las principales enfermedades que padecen los adultos mayores en Distrito Federal, véase Cuadro 3.

Cuadro 3. Principales enfermedades que padecen los adultos mayores en el DF

Enfermedades transmisibles
La enfermedad transmisible más importante en tanto causa de muerte de la población de edad avanzada del Distrito Federal es la neumonía, ya que está presenta una tasa de 153.3 por cada 100 000 personas
Crónico degenerativas
En este grupo las principales enfermedades que explican la muerte de las personas de edad avanzada son las cardiovasculares y las canceres malignos.
<i>Cardiovasculares:</i> La incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares se incrementa cuando la esperanza de vida aumenta. En 1990, en el Distrito Federal, son precisamente estas enfermedades las que explican la mayor proporción de muertes de la población de edad avanzada (38.3 por ciento), así como el aumento en los servicios de ambulancia y atención prehospitalaria de la Cruz Roja Mexicana (22.5 por ciento). De manera general, los hombres corren mayor riesgo de morir por alguna enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres. Sin embargo debido a la mayor esperanza de vida que presentan las mujeres, durante la tercera edad éstas muestran mayores tasas de mortalidad por dicha causa (1,450 por cada 100 000 mujeres frente a 1,403.9 por cada 100 000 hombres). La enfermedad coronaria, la vascular periférica, la hipertensión cardíaca y la embolia o accidente vascular son cuatro enfermedades cardiovasculares que comparten la arteriosclerosis y la hipertensión como características que las definen.
<i>Cánceres malignos:</i> Actualmente, una vez que el individuo sobrevive a la infancia, el cáncer aparece como una de las tres causas a las que se deberá la muerte (las otras son los accidentes y las enfermedades cardiovasculares). Al no existir una cura total del cáncer, la atención se enfoca a la prevención, que se basa sobre todo, en hábitos cotidianos. Por ejemplo mediante prácticas higiénicas se evita la incidencia de la hepatitis, y, en consecuencia, se contribuye a reducir la incidencia de cáncer hepático. Asimismo, una mayor higiene genital puede reducir la incidencia del cáncer cérvico-uterino(Luna, 1995). La población de la tercera edad presenta una tasa de mortalidad por causa de cáncer de 565.3 por cada 100 000 personas. Entre los hombres esta tasa es mayor que la que se presenta entre las mujeres (642.1 y 511, respectivamente).
Diabetes
<u>La insulino dependiente (DMID)</u> por lo general se presenta antes de los 15 años. Los que la padecen requieren dosis regulares de insulina para sobrevivir y evitar mayores complicaciones. Segundo tipo: es la <u>no insulino dependiente (DMNID)</u> , que es menos severo. Este tipo de diabetes se adquiere de manera progresiva y es más común en los grupos de edad más viejos. La población de edad avanzada presenta una tasa de mortalidad debida a la diabetes de 561.3 por cada 100 000 personas. En este caso, son las mujeres quienes muestran una tasa mayor con respecto a los hombres 578.6 y 536.1, respectivamente.

⁵¹ Salud y envejecimiento, Página Web. //srv-tt.mtas.es/imserso/enlacesInteres/ESPInoticiaO16.htm

Accidentes y lesiones

La tasa de mortalidad debida a esta causa entre la población de edad avanzada del Distrito Federal, es de 156.2 por cada 100 00 personas. Sin embargo, son los hombres quienes son en mayor medida, víctimas de accidentes y lesiones que conducen a la muerte, ya que éstos presentan una tasa de 241.0 por cada 100 000, mientras que las mujeres apenas tienen una tasa de 97.3 por cada 100 000. Entre el tipo de accidentes y lesiones que causan la muerte a personas de edad avanzada, destacan los accidentes peatonales y las caídas. Los primeros se refieren, en su mayoría, a personas atropelladas y su tasa de mortalidad es de 33.9 por cada 100 000. Esta causa también es motivo de 7.0 por ciento de los servicios de ambulancia y atención prehospitalaria de la Cruz Roja Mexicana del Distrito Federal. Las caídas como causa de muerte, presentan una tasa de 42.4 por cada 100 000 personas, y como motivo de servicio de ambulancia y atención prehospitalaria representan el 21.1 por ciento ocupando el primer lugar entre los accidentes y lesiones.

Realizado por la División de Política Social del Servicio de Investigación y Análisis, Dirección de Servicios de Bibliotecas, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión LVIII Legislatura, Con base en la fuente: Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, Pág. 31 y 32.

Nótese que a la clasificación de la ONU, debemos agregar, para el caso del DF a los accidentes y lesiones, ya que en general, en los países menos desarrollados las personas mayores pueden verse implicadas en trabajos físicos agotadores y en tareas que pueden acelerar las discapacidades y causar lesiones. Los esfuerzos por promover la salud en estas áreas deben dirigirse a aliviar las tareas repetitivas y agotadoras así como a realizar ajustes en los movimientos físicos peligrosos en el trabajo, a fin de reducir las lesiones y el dolor.⁵²

4.2. Factor Alimentación

La nutrición incorrecta de las personas mayores incluye tanto la desnutrición (principalmente en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías, (sobre todo en los países desarrollados, en los países en transición y en los países en vías de desarrollo que estén experimentando una rápida urbanización y la transición de enfermedades contagiosas a no contagiosas). La nutrición incorrecta puede ser causada por el acceso limitado a los alimentos, la pérdida de los dientes, las penurias socioeconómicas, las situaciones de emergencia, la falta de conocimiento e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos, (por ejemplo, comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y falta de actividad física.

El consumo excesivo de calorías aumenta considerablemente el riesgo de las personas mayores a sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. La obesidad y una dieta rica en grasas están estrechamente relacionadas con diabetes, cardiopatía, y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores.

Una cantidad insuficiente de calcio y vitamina D provoca la pérdida de la densidad ósea en la vejez y un aumento de las fracturas de hueso dolorosas, costosas y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores.⁵³

La Organización Panamericana de la Salud a recomendación de las Naciones Unidas, estableció desde 1983 un Programa Regional de Salud del Anciano, que se concentró en

⁵² Salud y Envejecimiento, OMS, Página Web. www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm

⁵³ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

promover entre los países miembros, el desarrollo de programas nacionales coherentes e integrados en los servicios generales de salud existentes y en los programas homólogos de los otros sectores involucrados en el problema.⁵⁴ En este sentido, se propusieron las siguientes estrategias de acción:

- a) Atención de salud para los ancianos integrada a los servicios de atención primaria.
- b) Promoción y reforzamiento al rol de la familia y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos.
- c) Provisión de servicios institucionales para cuidados de largo plazo e internación de ancianos como último recurso. Las instituciones para ancianos deben procurar un ambiente familiar y la preservación de su autonomía.
- d) Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y postergación de la incapacidad.
- e) Política de asignación de recursos de diferentes fuentes y atendiendo factores tan importantes como vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social. El nivel económico es el principal determinante de salud, por lo tanto, deben desplegarse todos los esfuerzos necesarios para asegurar un ingreso digno a las personas ancianas.

Y a partir de las estrategias se pueden tomar acciones concretas como:

- ✓ Búsqueda de la universalidad en la renta y la seguridad social.
- ✓ Otorgamiento de concesiones especiales para los ancianos, ejemplo: vivienda, subsidios alimentarios, transporte y servicios de salud gratuitos.
- ✓ Fomento para el desarrollo de proyectos capaces de generar ingresos para los ancianos y sus familias.
- ✓ Oportunidades de trabajo, jubilación y renta más flexibles.⁵⁵

Por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un programa de atención a la salud para pensionados el cual lleva a cabo aplicando instrumentos técnicos que faciliten la identificación de los factores de riesgo que afectan a la población pensionada y jubilada, y propicien la educación para la salud a través de acciones directas e individualizadas de seguimiento y control.⁵⁶

En general se puede considerar que hay ciertas acciones que ayudaran a la salud y nutrición del Adulto Mayor:

- ✓ La actividad física moderada y periódica reduce el riesgo de muerte cardiaca entre un 20 y un 25 por ciento en las personas con enfermedades coronarias crónicas (Merz y Forrester, 1997) y puede reducir considerablemente la gravedad de las discapacidades relacionadas con la cardiopatía y otras enfermedades crónicas (Grupo de trabajo de los servicios preventivos de los EE.UU., 1996).
- ✓ Al avanzar la edad, ciertos nutrientes dejan de ser bien absorbidos y las necesidades energéticas disminuyen debido al declive de la tasa metabólica

⁵⁴ Conferencia Interamericana de seguridad social, "El adulto mayor en América Latina", Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995, pág.42

⁵⁵ Op. Cit.

⁵⁶ IMSS, "Programa de Atención a la Salud para Pensionados" IMSS.

basal. Por tanto, es especialmente importante que las personas mayores coman una diversidad de alimentos ricos en nutrientes que sean culturalmente aceptables y están disponibles en su región a precios asequibles.

En este sentido, promover un envejecimiento activo y saludable que ayude a extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas (es el gran objetivo que propone la OMS a la comunidad mundial) para enfrentarse con optimismo a la realidad de unas sociedades que envejecen rápidamente.⁵⁷

4.3. Factor Psicológico

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores personales fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 30 años que no se mantiene en forma.

Durante el proceso de envejecimiento, algunas capacidades intelectuales (tales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural.⁵⁸

La preocupación sobre los aspectos psicosociales considerados claves en el entendimiento de los problemas de salud mental del anciano, casi siempre está sustentada en bases erróneas, producto del desconocimiento de los orígenes, tratamientos, consecuencias y efectos. No siempre es la atención médica constante la fórmula adecuada a tal problemática, también el apoyo de la familia y de la sociedad es fundamental.

Se ha mencionado que tanto los procesos demenciales como la depresión tienen consecuencias devastadoras en la población envejecida.⁵⁹ Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. Es frecuente que el declive del rendimiento cognitivo se desencadene por la falta de uso (falta de práctica), factores conductuales (como el consumo de alcohol) así como factores psicosociales (falta de motivación, falta de confianza, aislamiento y depresión) más que por el envejecimiento *per se*.^{60 y 61} A continuación se describen con más detalle algunos factores de orden Psicológico:

- a) **Depresión.-** Generalmente se muestran irritables o ansiosos más que deprimidos. Sin embargo es común encontrar una pérdida de interés en sus actividades habituales. Muchos ancianos con síndromes depresivos presentan enfermedades físicas o deterioro intelectual asociado. Las experiencias acumuladas de pérdidas en la vejez: salud, fuerza física, movilidad, capacidad

⁵⁷ OMS, Página Web: [//srv-tt.tt.mtas.es/imserso/oms.htm](http://srv-tt.tt.mtas.es/imserso/oms.htm)

⁵⁸ OMS, Página Web: www.srv-tt.tt.mtas.es/imserso/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁵⁹ Departamento del Distrito Federal, Secretarías de Educación, Salud y Desarrollo Social y la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág. 34.

⁶⁰ OMS, Página Web: www.srv-tt.tt.mtas.es/imserso/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁶¹ Dentro de las enfermedades mentales más comunes en los ancianos se encuentran la depresión, las demencias y los problemas relacionados con el consumo en exceso de medicamentos y alcohol. Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág. 34.

adquisitiva, prestigio social, agudeza visual y auditiva, predisponen a reacciones adaptativas, que pueden evolucionar hacia un episodio depresivo.⁶²

Así, la depresión puede tener su origen en toda una gama de factores que al final crean algún tipo de pérdida, por causas orgánicas o funcionales, estrés social o ambiental. (Krassoievitch, 1993). Los cuadros depresivos están muchas veces asociados con la soledad, la tristeza y las preocupaciones socioeconómicas.

- b) **Suicidio.-** La frecuencia con que las personas deprimidas de cualquier edad, y en especial los ancianos, intentan suicidarse, exige una atención especial a este problema. Es evidente que esta problemática, no es más que la acumulación mental de varios factores orgánicos, personales, sociales, ambientales y económicos.⁶³ Los ancianos son el grupo de edad con mayor tasa de suicidios consumados por intentos de suicidio, especialmente entre los varones. Entre los factores sociales relacionados con el suicidio, el matrimonio aparece como un factor protector, mientras que la separación y la viudez son predisponentes. El estatus socioeconómico se correlaciona inversamente con la tasa de suicidios consumados. El aislamiento es el factor sociodemográfico que con mayor frecuencia se asocia al suicidio, aunque la calidad de las relaciones del anciano es un factor pronóstico más preciso que el hecho de vivir solo. El 20% de los ancianos que cometen suicidio o intento de suicidio presentan consumo abusivo de alcohol y el 10% problemas de alcoholismo crónico. La dependencia, la pérdida de capacidad para adaptarse a los cambios, el sistema de valores del paciente y el sentimiento de desesperanza son también indicador de riesgo suicida en los ancianos. Algunos ancianos consultan por primera vez con los especialistas tras un intento de suicidio.
- c) **Alcohol.-** El consumo de alcohol en la vejez constituye un problema de magnitud importante. Según encuestas de población general, se estima que un 9% de varones mayores de 60 años consumen cantidades perjudiciales de alcohol. En residencias de ancianos se encuentra una tasa del 40-60% de varones considerados bebedores importantes. Esto se puede deber a la disminución de la autoestima, problemas de adaptación a situaciones nuevas, trastornos depresivos, disminución de los ingresos económicos, pérdida de la consideración social, y de los seres queridos, aislamiento y abandono. La presencia de problemas con el cónyuge, con los hijos adultos o con otras personas del entorno social, constituyen factores que permiten la identificación del alcoholismo.⁶⁴
- d) **Demencias.** Otro tipo de patología muy importante son las demencias, las cuales se caracterizan por la pérdida progresiva de las facultades mentales, como la memoria, la atención y la capacidad de aprendizaje, y que son

⁶² Tercera edad, Interpsiquis 2000, Página Web: www.sanamen.../vejezpositiva.htm

⁶³ Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, Pág. 34.

⁶⁴ Tercera edad, Interpsiquis 2000, Página Web: www.sanamen.../vejezpositiva.htm

irreversibles.⁶⁵ Adicionalmente, en relación con la salud mental de los ancianos, se cuenta con poca información sobre la naturaleza, gravedad y severidad de las alteraciones mentales de los ancianos, sobre todo los no hospitalizados; pero se sabe que los problemas que deben ser reconocidos en los niveles primarios de atención son el delirio, la depresión, y las psicosis paranoides. Una muestra pequeña estudiada en México mostró que las neurosis fueron más frecuentes entre las mujeres y los síndromes cerebrales sin psicosis, entre los hombres.⁶⁶

4.4. Factor socio-económico

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que suponen una importante contribución a la estructura socioeconómica de nuestras vidas.⁶⁷

Es cierto que cuando un trabajador se desliga del proceso productivo y se jubila o pensiona, existen factores socioeconómicos que contribuyen a un cambio en su conducta, que en gran parte está originada en la pérdida de status en el núcleo familiar cayendo en la inactividad, aislamiento y soledad.⁶⁸ Sin embargo, es posible pensar que la participación de la población envejecida en el mercado de trabajo sea significativa como consecuencia de la pérdida de su poder adquisitivo, y que aún con el periodo de recuperación económica este sector necesita continuar trabajando en actividades remunerables.⁶⁹

Muchas personas mayores (sobre todo mujeres que viven solas y personas mayores que viven en zonas rurales), no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, los que carecen de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados. Los que no tienen hijos ni

⁶⁵ Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág. 34

⁶⁶ "En un estudio sobre los aspectos psiquiátricos de los cuidados del anciano en Latinoamérica, se llega, entre otras, a las siguientes conclusiones:

1.- La salud mental de la población añosa de Latinoamérica presenta evidentes signos de deterioro, deducibles de los indicadores indirectos como las tasas de mortalidad por suicidio, cirrosis hepática y homicidio.

2.- No se dispone de información fidedigna sobre la morbilidad psiquiátrica de los ancianos de Latinoamérica, sin embargo los pocos estudios llevados a cabo muestran importante patología mental entre ellos, particularmente alcoholismo, depresiones, cuadros neuróticos y las demencias secundarias y la de la enfermedad de Alzheimer.

Por lo que respecta a los problemas mentales, los más frecuentes y que están ligados a la edad son:

a) Pérdida de la memoria a corto plazo y la dificultad de llevar a cabo cálculos aritméticos de manera rápida. Algunas enfermedades como la de Alzheimer sí afecta la capacidad intelectual, pero se duda que dicha disminución ocurra como parte inherente al proceso de envejecimiento", Conferencia Interamericana de seguridad social, "El Adulto mayor en América Latina", Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995, pág. 136.

⁶⁷ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁶⁸ IMSS, "Programa de Atención a la Salud para Pensionados", IMSS, Subdirección General Médica, México, pág. 81.

⁶⁹ Departamento Del Distrito Federal, Secretarías de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág.43.

familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el envejecimiento activo tienen que entrecruzarse con esquemas más amplios para reducir la pobreza y aumentar la implicación de las personas mayores en actividades que generen ingresos.⁷⁰

Según la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU), en 1992 la distribución de la población económicamente inactiva de la ciudad de México con 65 años y más apunta a que la principal causa para que esta población no trabaje, es que fue jubilada (hombres) o se dedica a los quehaceres del hogar(mujeres). La población masculina inactiva con 65 años y más en un 60.6 por ciento está jubilada. Las mujeres dejaron de trabajar para dedicarse a los quehaceres del hogar en un 84.2 por ciento.

A principios de los noventa, la principal fuente de ingresos de la población envejecida es la pensión y a el 34.4 por ciento le sostiene un familiar. Entre las mujeres el 81.5 por ciento lo sostiene un familiar y el 9.2 por ciento vive de su pensión. Para el caso de la población económicamente inactiva de la Ciudad de México, con 65 años y más, esta información permite describir una situación económica de franca dependencia primero hacia la institución familiar (cónyuge o hijos) y en segundo término hacia la seguridad social.⁷¹

En los países menos desarrollados, es más probable que las personas mayores se vean obligadas a seguir económicamente activas en la vejez. Sin embargo, la industrialización y la movilidad del mercado de trabajo están poniendo en peligro gran parte del trabajo tradicional de las personas mayores, sobre todo en las zonas rurales.

Al concentrarnos sólo en el trabajo remunerado, tendemos a ignorar la valiosa contribución de las personas mayores en trabajos no remunerados del sector informal (por ejemplo, actividades a pequeña escala y de empleo por cuenta propia y trabajos domésticos) y en el hogar. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las personas mayores suelen asumir la responsabilidad principal de llevar la casa y cuidar de los niños para que los adultos más jóvenes puedan salir a trabajar fuera.

Son muchas las personas mayores con pericia y experiencia que trabajan como voluntarios en colegios, comunidades, instituciones religiosas, empresas y organizaciones sanitarias y políticas en todos los países. Se trata de actividades que deben fomentarse en la medida que el trabajo voluntario beneficia a las personas mayores aumentando sus contactos sociales y su bienestar mental a la vez que realizan una valiosa contribución a sus comunidades y naciones.

En los países desarrollados, las medidas de protección social pueden incluir las pensiones, los servicios en especie, los planes de pensiones de trabajo, los programas de contribución por encargo, los programas de incentivos del ahorro, los fondos de ahorro obligatorio y los programas de seguros de discapacidad, salud y desempleo. En los últimos años las políticas de los países desarrollados se han reformado para fomentar un sistema de

⁷⁰ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁷¹ Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág. 43.

planes de pensiones heterogéneo que mezcla el apoyo estatal y privado para la seguridad en la vejez y anima a la productividad, a trabajar más años y a la jubilación gradual. (OCDE, 1998).

Un enfoque equilibrado de la provisión de protección social y los objetivos económicos indica que las sociedades con voluntad de planificación pueden permitirse envejecer. El desarrollo económico sostenido y las políticas eficaces del mercado de trabajo tienen en realidad un impacto más espectacular sobre la capacidad de la nación para proporcionar protección social que el envejecimiento demográfico en sí. El objetivo consistiría en reconocer y aprovechar el talento y la experiencia de las personas mayores y garantizar un nivel de vida adecuado para ellas a la vez que fomentar los intercambios armoniosos entre las generaciones.⁷² Así se demuestran en las afirmaciones siguientes:

- ✓ Los estudios han demostrado que las personas mayores con ingresos bajos tienen probabilidad tres veces mayor de desarrollar una gran actividad que los que tengan ingresos elevados (Guralnick y Kaplan, 1989).
- ✓ Cuando el desempleo es elevado, se tiende a observar una reducción en el número de trabajadores mayores como forma de crear empleos para los jóvenes. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que recurrir a la jubilación temprana para liberar nuevos trabajos para los desempleados no ha sido una solución eficaz (OCDE, 1998).⁷³

Como se ha observado, uno de los factores clave de la problemática de los adultos mayores es el ingreso. A continuación, algunos de los programas que tratan de estimular la participación económica de la población de la tercera edad. Puntualmente, que buscan incrementar su ingreso:

- ✓ Programa de Promoción de Empleo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).
- ✓ Programa de Promoción del mejoramiento económico del IMSS.
- ✓ Promoción de fuentes de financiamiento del IMSS.
- ✓ Programa de servicios de empleo y generación de alternativas para el autoempleo (CEDEPECA), promovido por el ISSSTE y dependencias de la SEP.
- ✓ PRONATEL promueve programas de educación y capacitación para la productividad.
- ✓ El Club de Centenarios Felices, A. C. propone la creación de talleres de capacitación y promoción de microempresas.
- ✓ Programa de becas para Adultos Mayores. (Gobierno del Distrito Federal)⁷⁴ Empieza a partir de los 70 años en adelante
- ✓ Pensión Universal para Adultos Mayores de 70 años en el DF
- ✓ Pensión Alimenticia para Adultos mayores de 70 años en extrema pobreza en Zacatecas.

⁷² OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁷³ Por ejemplo, existe el trabajo voluntario. En países donde se ha estudiado empíricamente el trabajo voluntario en todos los grupos de edad, se calcula que la contribución oscila entre 8 y el 14 por ciento del producto interno bruto (Voluntarios de Naciones Unidas, 1999) Página Web. srv-tt-tt.mtas.es/imsero/enlacesInteres/ESPInoticia016.htm

⁷⁴ Gobierno del Distrito Federal, Pagina Web: www.df.gob.mx/secretarias/social/programas/adultos.html

4.5. El entorno social y familiar

Como se ha podido ver, el entorno social en el que vive el adulto mayor es de suma importancia. Las familias prestan casi toda la ayuda a las personas mayores que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan, el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual.

En este sentido, la ONU exige a los países que protejan más a aquellos de sus mayores que no puedan ganarse la vida o conozcan la soledad o la vulnerabilidad. En los países en vías de desarrollo, las personas mayores que necesitan asistencia tienden a confiar en el apoyo familiar, asistencia de servicios informales y sus ahorros personales. Los programas de seguros sociales son muy escasos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a una elite, un sector de población que cuenta con menos necesidades.⁷⁵

En términos generales, la sociedad cuenta con recursos adecuados para combatir esta situación. Durante la crianza de los hijos se inculca el respeto y el apoyo a los ancianos. Normalmente existen sistemas de organización social que aseguran una pensión, atención médica y un funeral adecuado. Sin embargo siempre habrá ancianos que quedan solos al margen de la sociedad y que requieren atención especial. Para ellos la sociedad debe contar con sistemas especiales de apoyo.⁷⁶

En la actualidad las características de la familia en general, han cambiado mucho con respecto a la familia del pasado. Hay que mencionar que la familia constituye la piedra angular de la sociedad, está considerada un fenómeno universal y es el medio natural para el desarrollo de sus miembros. En el caso del anciano, la familia representa además la posibilidad de pertenencia de un grupo, es la proveedora de autoestima y protección.⁷⁷

El sentido de pertenencia de los ancianos depende en gran parte de su vida anterior. Su desempeño dentro de la familia, el trabajo y la vida social en general les otorga dicho sentido, pero puede reforzarse a través de nuevos grupos, como ocurre en los que se forman en los clubes o centros destinados a las personas ancianas.

A través de la crianza de los hijos se puede reforzar el valor de pertenecer a ese grupo de edad. La organización social debe también procurar encontrar roles adecuados para los ancianos. En algunas sociedades ellos son los responsables de administrar lo que se ha llamado la pequeña justicia, que se requiere en los problemas familiares, entre vecinos, o en problemas económicos. Lo fundamental es que los ancianos ocupen un nicho activo en la sociedad a través del cumplimiento de un verdadero rol social.⁷⁸

Por lo anterior, se ha proclamado prácticamente como un lema la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, pero la característica de la familia actual es que ha

⁷⁵ OMS, Página Web: www.srv-tt-tt.mtas.es/imserso/enlaces/Interes/ESPInoticia016.htm

⁷⁶ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, "El adulto mayor en América Latina", Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995, pág. 139.

⁷⁷ Departamento del Distrito Federal, Secretarías de Educación, Salud y Desarrollo Social y de la Dirección General de Protección Social, "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal", México, 1996, pág. 45.

⁷⁸ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, "El adulto mayor en América Latina", Centro Interamericano de Estudios de seguridad social, México, 1995, pág. 140.

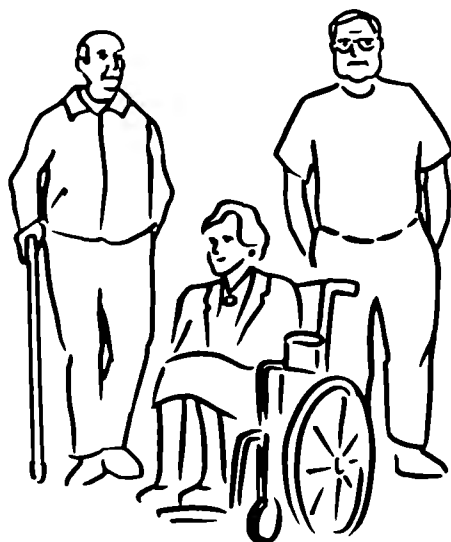
pasado a ser de menor tamaño, lo cual se explica porque las parejas cada vez tienen menos hijos, y por ende los miembros mayores de la familia cada vez menos descendientes capaces de cuidarlos.

La familia es una comunidad con una base material, admiración económica y asistencia mutua (Rocabruno y Prieto, 1992,) y es también donde se da ambiente psicológico – emocional determinado por las relaciones humanas la comunicación y los procesos afectivos. Es por eso que resulta tan importante la protección que reciba el anciano de su grupo familiar, pero independientemente del apoyo que éste reciba, es una realidad que el proceso de envejecimiento no está exento de tensiones debido al riesgo de sufrir enfermedades, invalidez o muerte en esta etapa de la vida.⁷⁹

La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es especialmente importante, ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos, y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un “grupo social más reducido”.

El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales y un aumento de las conductas que dañan la salud, como un consumo excesivo de alcohol y la inactividad física. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales que las mujeres que se quedan viudas mayores. No obstante, en algunas culturas, las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas de la sociedad o, incluso, rechazadas por su comunidad.

⁷⁹ Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y la Dirección General de Protección Social, “Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal”, México, 1996, pág. 45.



GUÍA PARA EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES



COMPASIÓN • INTERVENCIÓN • COOPERACIÓN • EDUCACIÓN

Un programa de recursos
de AstraZeneca Pharmaceuticals LP

Presentación del programa COPE

El Programa COPE fue creado para prestar ayuda a personas que se enfrentan con los retos que frecuentemente acompañan a la enfermedad, asociados con dificultades serias tanto emocionales como del comportamiento, así como con trastornos del pensamiento. El programa comprende guías que se ocupan de áreas de temas específicos.

Algunos de los folletos del Programa COPE están destinados a las familias y los cuidadores, otros se redactaron para personas que se encuentran en proceso de entender y controlar sus trastornos mentales. No todas las guías se aplican a todas las personas ni son apropiadas para todas las etapas de la enfermedad. Sin embargo, todas tienen el propósito de ofrecerle información práctica y útil. Nosotros esperamos lograr esta meta.

Sírvase consultar la contratapa trasera para obtener una lista de todos los materiales del Programa COPE que se encuentran disponibles, conjuntamente con descripciones breves de su contenido.



Guía para el cuidado de los adultos mayores

Esta guía, redactada principalmente teniendo en cuenta las familias y los cuidadores, examina ahora los temas concernientes al adulto de mayor edad que presenta serias dificultades mentales, emocionales y del comportamiento. Intenta principalmente ayudar a las familias a entender y hacer frente a las necesidades especiales de sus seres queridos, sea que los problemas psicológicos hayan resultado de otra enfermedad, por ejemplo, la de Alzheimer, o que reflejen trastornos de salud mental de larga duración.

Una explicación de nuestras palabras

Dentro del Programa COPE, el término familia abarca por igual el significado tradicional de la palabra y la interpretación más amplia, que refleja muchas situaciones contemporáneas.

Las personas que han sufrido problemas psicológicos con serios síntomas emocionales y del comportamiento se denominan *pacientes* o *consumidores* cuando es pertinente (por ejemplo, en relación con sus médicos). El término *consumidor* se usa también, ya que estas mismas personas son consumidores de productos y servicios, como los ofrecidos por la comunidad de salud mental.

Guía para el cuidado de adultos mayores

Índice

Salud mental y el adulto mayor: Panorama general

Problemas de salud especiales
del adulto mayor 2

Señales de advertencia de serios cambios emocionales y del comportamiento

Razones preocupantes 3

Trastornos de la atención y
la memoria 4

Apartamiento social 5

Cómo obtener ayuda – Equipo de diagnóstico y tratamiento, otros

El equipo de tratamiento 6

Otros profesionales y apoyos 7

Tipos de diagnóstico y temas de atención

Diagnósticos potenciales 7

Manejo de los medicamentos 9

Temas de socialización y emocionales. . . 10

Señales de advertencia de recaída 12

Planificación: ¿Cuánto tiempo
es el largo plazo? 12

Temas de la vida y la vivienda: Seguridad y ausencia de peligros

Vida independiente: Cuando las
circunstancias cambian 14

Opciones de vivienda y niveles
de ayuda 15

Ambientes especiales 17

El nuevo sinergismo: Apoyos para el bienestar de los consumidores y cuidadores

Acceso al bienestar 18

Recursos

Lista de recursos 20

Salud mental y el adulto mayor: Panorama general

En la sociedad actual, una porción creciente de consumidores pertenece a la tercera edad. En algunos casos, los años avanzados son relativamente sanos, pero en otros ocurre una declinación constante o drástica en la salud.

Estas preocupaciones sobre la salud pueden incluir trastornos del comportamiento y emocionales serios, así como enfermedades físicas. Las familias y los cuidadores se preocupan especialmente cuando un ser querido exhibe señales de demencia o de depresión severa. Esta guía se preparó para ayudarle a entender más acerca de los temas de la salud mental en el anciano. Como parte del Programa COPE, se trata de ayudar a apoyar el bienestar y la calidad de la vida de su ser querido, al mismo tiempo que ayudar a seleccionar acertadamente la atención que reciba.

Problemas de salud especiales del adulto mayor

Existen aspectos positivos en la vida de los que disfrutaban muchos adultos mayores. El ser abuelos, tener tiempo para actividades de recreo y el trabajo voluntario son sólo algunos de ellos. La salud declinante – sea física o mental – evidentemente limita este placer y puede ejercer un impacto sobre la calidad de su vida.

Cuando hay un deterioro en la salud mental, la causa puede asociarse con otra enfermedad, por ejemplo la de Alzheimer, reflejar otros factores, entre ellos interacciones farmacológicas o aislamiento social, o relacionarse con trastornos psicológicos de larga duración. Cualquiera que sea la causa, estos cambios emocionales y del comportamiento pueden ser severos y causar gran temor tanto para el adulto mayor como para los que los rodean. Sin embargo, hay razones para tener esperanzas. Actualmente se cuenta con opciones terapéuticas y medicamentos nuevos que se deben considerar.

Las acciones positivas tomadas pueden eliminar o reducir estas dificultades emocionales y del comportamiento. Con frecuencia se puede mejorar el funcionamiento y, hasta en presencia de demencia, se pueden controlar mejor los síntomas psicóticos, como alucinaciones y pensamiento incoherente. En el caso de muchos adultos de edad avanzada, tal vez

sea posible volver a una vida más normal mientras que otros tal vez recobren una cierta medida de calidad de sus vidas y vuelvan a capturar elementos de placer.

(Consulte la Guía de la Familia para obtener un examen más detallado de los tipos de afecciones psicóticas y de sus síntomas.)

El concepto del bienestar

Una parte fundamental de un enfoque positivo a los temas de la salud mental en el anciano es el apoyo activo del bienestar. Con frecuencia se necesita gran esfuerzo – y a menudo la participación de la familia – para que un adulto mayor, con temas serios de salud mental, pueda aspirar a lograr bienestar.

La experiencia ha demostrado que el mantenimiento de la actividad física y el establecimiento de metas son puntos claves para mantener o mejorar la salud mental del adulto mayor. La buena nutrición, las oportunidades para interacciones sociales positivas, el descanso suficiente, la administración apropiada de medicamentos y el cumplimiento con las citas relacionadas con la salud, son apoyos importantes para el bienestar de la persona mayor. Como miembro de la familia, el papel y las responsabilidades suyas pueden aumentar al proporcionar estas ayudas.

Planificación para el futuro

De igual importancia es estar preparado para el futuro. Aunque la muerte es una realidad para todos, una opción es vivir cada etapa de la vida tan plenamente como sea posible, manteniendo la dignidad. Es importante elaborar un plan que cubra los retos potenciales, entre ellos los seguros, considerar las alternativas de vivienda si no es posible mantener la autonomía y nombrar a un tutor.

Trate de que su ser querido anciano participe tan pronto como sea posible en las decisiones que ejercerán un impacto en su futuro. La enfermedad puede, más tarde, afectar su juicio. Cuando se deban tomar decisiones en los meses o años venideros, el conocimiento de los deseos de su pariente o amigo le será de gran ayuda. Al reconocer y respetar sus preferencias, ayudamos a mantener la dignidad de cada etapa de la vida de nuestros adultos mayores.



Señales de advertencia de serios cambios emocionales y del comportamiento

Frecuentemente, un pariente o amigo es el primero en darse cuenta de que algo no anda bien con el comportamiento o los patrones mentales de un adulto mayor. Manténgase atento a las señales de que algo está afectando el bienestar usual de su ser querido.

Razones preocupantes

Generalmente, los temas de salud mental en el anciano aparecen como cambios en el comportamiento o la personalidad con el transcurso del tiempo. Sin embargo, a veces pueden surgir trastornos del comportamiento y emocionales con bastante rapidez. Busque ayuda inmediatamente consultando a un profesional de salud si su ser querido muestra señales de cualquiera de los siguientes:

- alucinaciones, que incluyen oír voces o ver/sentir/gustar/oler cosas que no están presentes
- creencias falsas sostenidas enérgicamente o desarrollo de paranoia
- estar abrumado por pensamientos incoherentes o usar lenguaje confuso
- mostrar una falta extrema de motivación o falta de emoción
- expresar pensamientos o acciones suicidas

Éstos pueden ser síntomas de psicosis. La presencia de psicosis indica un trastorno del cerebro. Aunque generalmente se asocian con una enfermedad mental seria, por ejemplo la esquizofrenia y el trastorno maniaco-depresivo o depresión maníaca, los síntomas psicóticos forman a menudo parte de la demencia y la manía. Estos síntomas pueden aparecer en las etapas tardías de enfermedades como la de Alzheimer o como resultado de otros traumatismos cerebrales, como los accidentes cerebrovasculares.

Cambios en los hábitos

También necesita intervenir cuando aparecen señales de advertencia menos drásticas. Hable directamente con la persona y exprese sus preocupaciones. A continuación se enumeran algunos cambios específicos en los patrones del comportamiento, que pueden señalar problemas de salud mental en el adulto mayor.

- Patrones de sueño que cambian a siestas cortas o bien a períodos muy prolongados de dormir sin deseos de levantarse de la cama; paseos por la noche seguidos de períodos en que duerme a través de las rutinas matinales.
- Cambios súbitos en las preferencias de comidas; olvido de la necesidad de comidas balanceadas; el individuo se niega a comer o comienza a guardar comida.
- Rutinas de ejercicios, como las caminatas, que disminuyen drásticamente o se abandonan, o bien, la persona aumenta la actividad de manera tal que el esfuerzo es evidente.
- Descuido con el aseo y la higiene personal; la persona puede usar ropas sucias o negarse a vestirse en forma apropiada; se pone en evidencia falta de control de la vejiga o de los intestinos.
- Ocurren cambios en los hábitos sexuales, entre ellos una pérdida drástica de interés en las relaciones íntimas o exigencias de relaciones sexuales fuera del patrón normal, usando lenguaje sexual no característico o explícito; temor de ser tocado o abrazado por los seres queridos y problemas para controlar los impulsos.
- Negativa a seguir una rutina de salud establecida, por ejemplo, tomar los medicamentos o usar las gafas, los audífonos, etc.

Cambios notables en la personalidad

Los cambios abruptos en la personalidad también son causa de preocupación. Aunque todos tenemos nuestros días “malos”, preste atención si el humor o los sentimientos inusuales persisten. Tal vez haya una simple razón para un cambio en la personalidad o bien dichos cambios pueden ser un síntoma de deterioro de la situación mental. Investigue si su ser querido mayor exhibe:

- estallidos de furia o una patalota que no sean característicos
- temores súbitos o negativa a correr riesgos mínimos
- fuertes sentimientos de inutilidad o falta de estima
- evasión de las rutinas previas
- episodios de extrema energía, especialmente si son seguidos de humor abatido
- falta de interés en actividades que previamente eran interesantes o le causaban placer

Trastornos de la atención y la memoria

Muchas personas exhiben dificultades en prestar atención y en recordar cosas con el pasaje de la edad. Sin embargo, cuando una persona mayor parece incapaz de seguir una conversación o concentrarse en una tarea, se pierde en un barrio familiar o no puede recordar acontecimientos recientes ni reconocer gente que conoce bien, es hora de preocuparse.

Los déficits en la atención y la memoria pueden causar frustración tanto al individuo como a los que lo rodean. La incapacidad para prestar atención a los detalles o los trastornos frecuentes de memoria puede limitar la capacidad de la persona para cuidar de sí mismo. Es posible que se necesite ayuda o readiestramiento para que pueda desempeñar sus actividades de la vida diaria (siglas en inglés, ADL), por ejemplo con el aseo personal o para seguir la rutina de administración de medicamentos.

Las dificultades de la atención y la memoria con frecuencia indican la presencia de una enfermedad. En algunos casos, el tratamiento apropiado para la causa primaria puede hacer que la pérdida de la memoria o los déficits en la atención ocurran más lentamente o sean revertidos.

Apartamiento social

El abandono de las interacciones sociales y de las actividades normales es otra señal de trastornos de salud mental potenciales o en agravamiento para una persona mayor. Las señales que se deben vigilar incluyen:

- gran preferencia por que lo dejen solo
- preocupación con los temas de muerte
- aislamiento de las actividades familiares, sociales o voluntarias
- no cumplir con las citas para atención médica o personal

La depresión es una causa común de apartamiento social y, en el anciano, con frecuencia pasa desapercibida, con lo que el individuo puede quedar aislado. Los sentimientos de desaliento y falta de estima pueden ser abrumadores. La depresión, sea leve, moderada o severa, siempre puede ser tratada sin importar la edad del sujeto. Los pacientes geriátricos están siendo tratados con éxito con medicamentos y diversas formas de psicoterapia.

Evitar reunirse con personas

Otra causa frecuente de apartamiento social entre los adultos mayores, que normalmente puede ser tratada, es el deterioro de la audición o de la vista. Las pérdidas sensoriales pueden dar lugar a sentimientos que varían desde vergüenza a paranoia. Actualmente se ha avanzado mucho en los campos de corrección de la vista y la audición. Investigue los posibles remedios para su ser querido.

Algunos adultos ancianos sienten que la incapacidad de transportarse o de mantener el paso de los miembros más jóvenes de la familia los convierte en una carga para participar en las actividades sociales. Pueden imaginarse que realmente no son bienvenidos. Trate de determinar cuál puede ser la razón por la cual su ser querido se aparta. A veces, ciertos cambios básicos, por ejemplo, gafas nuevas, un audífono, la seguridad de que se quiere su presencia o un programa menos agotador permitirán que la persona participe y vuelva a disfrutar de las actividades.

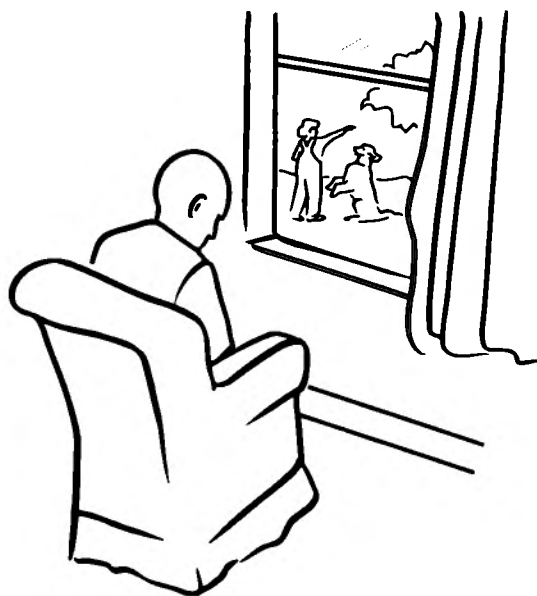
Recuerde que la interacción social es una ayuda importante para el bienestar, que beneficia tanto a la persona mayor como a los que cuidan de ella.

Pensamientos o acciones suicidas

Muchas personas tomarán medidas razonables con respecto a su propia muerte, por ejemplo, preparar un testamento o dar a conocer sus preferencias para el entierro. Algunas hablarán de estos asuntos con sus familiares, consejeros legales o espirituales. Sin embargo, la preocupación constante con la muerte claramente no indica una mente sana y puede indicar que una persona se está volviendo suicida.

Debe prestarse atención a los pensamientos suicidas, la planificación y hasta a las declaraciones casuales. Lamentablemente, es una realidad que el suicidio está aumentando entre los ancianos. La enfermedad mental complica aún más el asunto. Manténgase alerta y busque ayuda de los profesionales si su ser querido exhibe comportamientos preocupantes, por ejemplo:

- si guarda píldoras
- escribe notas secretas
- distribuye sus posesiones sin ton ni son
- “ensaya” pasos de suicidio, por ejemplo sentándose en el automóvil en un garaje cerrado
- compra o desea un arma de fuego
- hace declaraciones negativas, como “estaría mejor muerto”.



Cómo obtener ayuda – Equipo de diagnóstico y tratamiento, otros

Generalmente, el médico de la familia será el primero que se ocupará de la salud del adulto mayor. Puede ser un médico general, un especialista o un internista y tal vez se haya especializado en *gerontología*, que es el estudio y tratamiento del anciano.

El médico primario normalmente iniciará el procedimiento diagnóstico cuando el adulto mayor muestre señales de angustia emocional. Se examinará el historial médico del paciente y tal vez se exploren otras enfermedades o causas que puedan contribuir al trastorno. Si la afección parece leve, tal vez el médico recete un medicamento tal como un agente antidepresivo o para el sueño y concertará visitas de seguimiento para verificar el estado del paciente. Actualmente, muchos de los medicamentos utilizados para el bienestar emocional se dispensan en un ambiente de atención primaria.

El equipo de tratamiento

Sin embargo, cuando el adulto de edad avanzada exhibe serias dificultades emocionales y del comportamiento, el médico primario a menudo involucrará a otros profesionales de salud con competencia en el área de la salud mental. Estos médicos y otros especialistas forman el equipo terapéutico.

Personal médico, de enfermería y farmacia

- **Psiquiatras.** Estos médicos se han especializado en enfermedades del cerebro, del comportamiento y del sistema nervioso. Los *psiquiatras geriátricos* se enfocan en el adulto de edad avanzada, sea que sus problemas mentales sean afecciones recientes o de larga duración.
- **Neurólogos.** Estos médicos, que se especializan en trastornos del sistema nervioso, se ocupan de las pruebas iniciales y de las etapas de diagnóstico, así como de la fase de tratamiento.

- **Enfermeras.** Estas profesionales, que proporcionan muchos servicios a los pacientes con trastornos mentales, incluyen las *enfermeras practicantes* que tienen derecho a prescribir en algunos estados, las *enfermeras psiquiátricas* que han recibido capacitación especial en trastornos cerebrales, y las *enfermeras geriátricas* que se ocupan exclusivamente de los ancianos, además del personal normal de enfermería.
- **Farmacéuticos.** Estos profesionales, especializados en múltiples medicamentos e interacciones farmacológicas, vigilan las dosis y efectos secundarios de los fármacos, que son asuntos importantes en el adulto mayor. Algunos farmacéuticos se especializan en medicamentos para enfermedades mentales y ofrecen servicios de consulta.

Psicólogos, administradores sociales de casos y terapeutas ocupacionales

- **Psicólogos.** Estos profesionales de salud mental conducen entrevistas con los pacientes, administran pruebas, ayudan a determinar el diagnóstico, administran psicoterapia individual y de grupo y asesoran a las familias. Los *neuropsicólogos* se especializan en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de la atención y la memoria.
- **Trabajadores sociales.** Algunos administran psicoterapia mientras que otros coordinan la atención, por ejemplo, ayudando al individuo o a la familia a hacer trámites con agencias del gobierno o gestionar beneficios y vivienda. Los *supervisores de atención geriátrica* pueden ser asignados por los tribunales y proporcionan evaluaciones en el hogar.
- **Terapeutas ocupacionales.** Éstos son expertos que ayudan a evaluar y estructurar las actividades físicas y mentales de una persona para permitirle el mayor grado de funcionamiento independiente que sea posible. Ayudan a las personas de edad avanzada a volverse a capacitar para manejar las actividades de la vida diaria, por ejemplo, a vestirse o cumplir con un programa que les permita el descanso y la nutrición apropiados.

Otros profesionales y apoyos

Como la salud mental puede ejercer o sufrir el impacto de muchos factores, hay numerosas otras personas que pueden ser de ayuda para su adulto mayor y ayudar al equipo de tratamiento. Al tratar de sentirse bien, su ser querido tal vez necesite los servicios de un:

- nutricionista para asegurar una dieta balanceada y sana
- especialista en abuso de sustancias si hay adicciones
- terapeuta físico para ayudar a mantener tanta movilidad como sea posible
- terapeuta del habla para recobrar habilidades lingüísticas

Muchos de los adultos mayores se beneficiarán también de la atención de consejeros para el dolor o serán consolados por los consejeros pastorales. Los consejeros matrimoniales y familiares pueden ser apropiados en el caso del individuo mayor y/o de sus cuidadores, ya que con frecuencia las relaciones están bajo tensión debido a la enfermedad y al cambio en los papeles familiares. Si desea encontrar estos profesionales o servicios, hable con los miembros de su equipo terapéutico o póngase en contacto con organizaciones religiosas y cívicas locales.

Tipos de diagnóstico y temas de atención

Los trastornos emocionales y del comportamiento pueden indicar la presencia de enfermedad mental de diversos grados de severidad. Como es el caso con otras afecciones y enfermedades, el primer paso para llegar al tratamiento apropiado consiste en hacer un diagnóstico. Para poder formular un diagnóstico y plan de tratamiento, a menudo se necesitan los siguientes componentes:

- una entrevista clínica
- un historial detallado del paciente y la familia
- pruebas de laboratorio (análisis de sangre, exploraciones del cerebro, etc.)
- pruebas psicológicas (personalidad, memoria, habilidad para resolver problemas, etc.)
- informes de otros profesionales, entre ellos los trabajadores sociales

Con frecuencia se recetarán medicamentos para ayudar a eliminar o controlar los síntomas, los que pueden representar un factor clave para mejorar el bienestar y la calidad de la vida. Tal vez se recomienden otras actividades terapéuticas, por ejemplo, la terapia hablada o la modificación del comportamiento. El manejo de la enfermedad mental es un proceso constante y uno que puede cambiar con el transcurso del tiempo.

Diagnósticos potenciales

Entre los adultos mayores, los temas de enfermedad mental con frecuencia surgen en asociación directa con cambios importantes en la vida o con el inicio de otros trastornos de la salud. En otras personas con enfermedades mentales primarias serias, como la esquizofrenia, los trastornos de salud mental generalmente han estado presentes por muchos años, pero la edad avanzada puede complicar su control. A continuación se dan las categorías de diagnóstico principales.

Depresión

Cuando alguien está triste por un período extenso, puede no ser capaz de levantarse el ánimo por sí mismo. La depresión clínica o depresión mayor es una afección médica que no es rara entre las personas mayores, pero que con frecuencia es escasamente diagnosticada. La depresión no es simplemente una parte normal del paso de los años, debiéndose buscar tratamiento. La depresión reduce enormemente la calidad de la vida de una persona a cualquier edad.

La gente deprimida con frecuencia expresa sentimientos de impotencia y desesperación, se siente despreciado y tiene una sensación abrumadora de pérdida. En el anciano, la depresión puede manifestarse como malhumor, irritabilidad o como trastornos físicos, por ejemplo, dolor de estómago y de cabeza, sin causa médica alguna. Puede estar presente por sí sola o con otras afecciones, tales como la demencia.

Demencia relacionada con otros diagnósticos

La demencia es una afección en que el funcionamiento mental se deteriora significativamente. Los déficits de la atención y la memoria normalmente son pronunciados y la agitación es común en personas con demencia. En las etapas avanzadas, la demencia puede asociarse con episodios psicóticos.

La demencia, que se asocia más a menudo con la enfermedad de Alzheimer, puede ser causada por un accidente cerebrovascular, por falta de abastecimiento apropiado de sangre al cerebro, por otros problemas cardiovasculares, lesiones craneales, tumores cerebrales, trastornos tiroideos, deficiencias vitamínicas severas y otras afecciones físicas. Alrededor de un tercio de las personas con enfermedad de Parkinson desarrollará demencia. También puede ser el resultado del alcoholismo o el abuso de drogas.

Cuando se evalúan las señales precoces de demencia – usualmente dificultades con la atención y la memoria – algunas veces se puede diagnosticar una enfermedad primaria, que puede tratarse en forma apropiada. Esto logra que la progresión a algunos tipos de demencia se haga más lenta o se detenga. Además, existen actualmente medicamentos que pueden dirigirse a algunos síntomas de demencia y aliviarlos, permitiendo una mejor calidad de vida para la persona con la enfermedad y para los que le atienden.

Trastornos del pensamiento o de la percepción

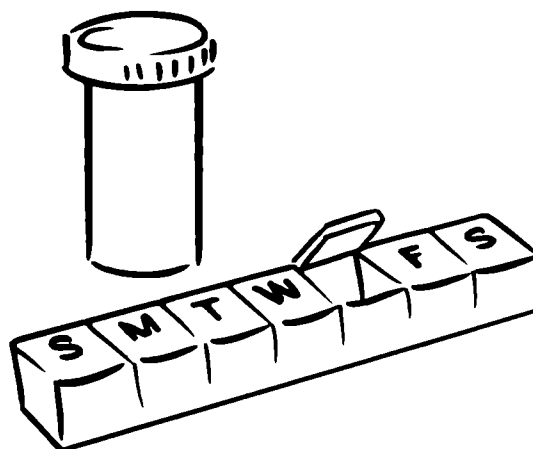
La esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo entran dentro de esta categoría. Estas enfermedades mentales importantes se caracterizan por síntomas psicóticos (con mayor frecuencia alucinaciones, delirios o pensamiento incoherente). Generalmente, el inicio de estos trastornos ocurre cuando una persona es más joven, aunque también puede desarrollarse más tarde en la vida.

La mayoría de las personas de edad avanzada con trastornos del pensamiento o de la percepción se han mantenido con varios medicamentos, entre ellos agentes antipsicóticos, por muchos años. Aunque estos medicamentos han mejorado mucho con el tiempo, los cambios en el metabolismo, relacionados con la edad, y la aparición de otros problemas de salud pueden complicar el tratamiento.

Trastornos del humor con psicosis

Ésta es otra clase de enfermedad mental seria que incluye el trastorno bipolar – algunas veces conocido como enfermedad maniaco-depresiva o depresión maníaca – y la depresión significativa con características psicóticas. Definidos por “altas” (euforia) y “bajas” (depresión) inapropiadas, los trastornos del humor conducen a problemas con el sueño, el apetito y el funcionamiento mental.

Nuevamente, la manía tardía es un posible diagnóstico para un paciente de mayor edad, pero los trastornos serios del humor con frecuencia aparecen a una edad menor. Independientemente de que la afección se haya diagnosticado recientemente o sea de larga duración, la edad avanzada ejercerá un impacto sobre su manejo.



Manejo de los medicamentos

En el campo de la salud mental, la importancia de los medicamentos es bien aceptada cuando hay dificultades emocionales y del comportamiento. Los fármacos con frecuencia representan la piedra fundamental del tratamiento aunque la persona sea anciana.

Las medicinas usadas en el tratamiento de la enfermedad mental a menudo se conocen como agentes psicotrópicos y sus clases principales comprenden:

- Antipsicóticos. Estos agentes, recetados para la esquizofrenia y la manía asociada con el trastorno bipolar, se dividen entre los medicamentos más viejos (“típicos”) y los más nuevos (“atípicos”). Los agentes atípicos normalmente causan menos efectos secundarios y éstos son más leves, siendo usados con buenos resultados en pacientes de mayor edad.
- Antidepresivos. Los fármacos más nuevos en esta categoría, prescritos principalmente para la depresión, están demostrando ser muy eficaces en el tratamiento de este trastorno en el adulto mayor, especialmente los agentes inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (siglas en inglés, SSRI).
- Estabilizantes del humor. Estos agentes son recetados para el trastorno bipolar, siendo el tratamiento clásico el litio, pero otras afecciones y la intolerancia al medicamento pueden limitar su uso en el anciano. Algunas veces se utilizan medicinas usadas para el tratamiento de trastornos convulsivos.
- Medicamentos contra la ansiedad. Algunas veces llamados tranquilizantes, estos agentes se usan en el adulto mayor para aliviar la ansiedad, ayudar con los trastornos del sueño y, a veces, para tratar la depresión. Algunos deben usarse cautelosamente, ya que es posible que causen dependencia y conduzcan al abuso.

Estos medicamentos pueden ser prescritos solos o en combinación. Cuando la pérdida de la memoria forma parte de los problemas, también pueden usarse agentes que realcen la memoria, especialmente en casos de enfermedad de Alzheimer.

Adherencia al medicamento en el adulto mayor

Como se dijo antes, las medicinas representan la piedra fundamental del tratamiento para los trastornos emocionales y del comportamiento de carácter serio. Sin embargo, algunas veces los pacientes no toman sus medicinas de la manera en que los médicos se las prescriben, lo que puede causar un deterioro en la salud mental y una pérdida real de calidad de vida.

Las personas mayores pueden tener necesidades especiales cuando tratan de cumplir con una rutina medicamentosa. ¿Recuerdan qué medicamentos deben tomar y cuándo deben hacerlo? ¿Qué ocurre cuando hay requisitos especiales, por ejemplo, tomar ciertas píldoras con las comidas? ¿Están reponiendo sus rectas de medicamentos a tiempo y qué ocurre cuando tratan de abrir esos frascos de la farmacia?

Los familiares intranquilos pueden ser de gran ayuda con estas barreras potenciales para el bienestar. Las maneras simples en que se puede ayudar a un ser querido entrado en años incluyen:

- hacer listas de medicamentos que indiquen “qué, cuándo y cómo”
- organizar los medicamentos diarios en dispensadores de píldoras
- ir a la farmacia
- hacer notas recordatorias o llamadas telefónicas

Si el estado mental o físico del paciente es tal que no puede hacerse responsable de tomar sus medicamentos, será necesaria la intervención de un cuidador.

Los costos de los medicamentos también pueden ser un problema. Es importante considerar el valor de los medicamentos de salud mental en relación con el bienestar general del individuo. Averigüe sobre los planes de prescripciones disponibles para adultos mayores. Hable con el equipo de tratamiento; es posible que se disponga de ayuda financiera. A veces se puede sustituir una marca de fármaco por otra o por uno genérico en el caso de medicamentos psicotrópicos o de los agentes usados para otras afecciones.

Efectos secundarios e interacciones farmacológicas

Los efectos secundarios también pueden causar un uso inapropiado de los medicamentos. Como ocurre con todos los fármacos, los usados para el tratamiento de trastornos mentales pueden causar efectos secundarios, algunos de los cuales pueden presentar dificultades para ser manejados por el adulto mayor. Estos efectos a menudo desaparecen a medida que la persona se acostumbra al medicamento o pueden resolverse mediante ajustes de la dosis. Sin embargo, a veces no se pueden resolver y es necesario cambiar el agente.

Esa es la razón por la que su ser querido y las personas que le rodean necesitan estar al tanto de los efectos secundarios potenciales e informar al médico sobre cualquier problema inmediatamente. Algunos de los efectos secundarios más comunes con los medicamentos psicotrópicos incluyen:

- boca y pasajes nasales secos
- atontamiento o mareos
- estreñimiento o problemas urinarios
- confusión
- visión borrosa o palpitaciones
- problemas con el movimiento (falta de coordinación, rigidez muscular, temblores)

Las interacciones farmacológicas también pueden causar efectos indeseables e interferir con el bienestar. Debido a que muchas personas mayores usan múltiples medicamentos, tanto bajo receta como de venta libre, su riesgo puede ser mayor. Las vitaminas, los minerales y los remedios herbarios, especialmente a dosis altas, también pueden ejercer un impacto o interferir con la manera en que hace efecto un medicamento.

El abuso de sustancias legales e ilegales es otra área de preocupación. El consumo excesivo de alcohol, el uso inapropiado de medicamentos bajo receta y el consumo de drogas ilegales son naturalmente contraproducentes para el bienestar, pero representan un problema creciente hasta entre los adultos mayores.

Tales abusos pueden conducir a dificultades emocionales y del comportamiento, o empeorarlas, e impiden que los fármacos apropiados funcionen como deben. La cafeína, la nicotina y hasta el consumo excesivo de azúcar pueden complicar los temas de salud mental y el manejo de los medicamentos.

Por todas estas razones, asegúrese de que cada médico y farmacéutico esté al tanto de cualquier

medicamento u otras sustancias que el adulto mayor esté usando. Si hace una lista de estos artículos y la coloca en su cartera o billetera puede tener menos dificultades para recordarla.

Preocupaciones sensoriales y metabólicas

Las pérdidas sensoriales y los problemas del equilibrio siempre son una preocupación en el caso del anciano. Cuando existe enfermedad mental, el deterioro de la vista, la audición, el tacto o el equilibrio puede indicar que la afección psicológica está empeorando o que hay un problema relacionado con el medicamento. Asegúrese de que se evalúe cualquier dificultad sensorial.

Además, con el paso de los años, ocurren cambios en el metabolismo. Las medicinas que se usaron con buenos resultados por meses o años pueden ya no ser toleradas. No se alarme si el equipo terapéutico recomienda:

- cambios en el medicamento o ajustes en las dosis
- vigilancia rutinaria de las concentraciones sanguíneas
- pruebas de la función de órganos, como el hígado o los riñones

Temas de socialización y emocionales

Las personas ancianas con dificultades emocionales y del comportamiento, con frecuencia se encuentran progresivamente más aisladas. Esto puede deberse a su propia elección o porque otros hallan difícil acompañarlas. Las oportunidades para interacciones sociales positivas y apoyo emocional, sea proporcionadas por la familia o por cuidadores extraños, pueden añadir calidad a la vida de su ser querido. Vale la pena buscarlas.

Temas sobre la muerte y el proceso de morir

La pérdida de un cónyuge, pariente o amigo cercano es difícil a cualquier edad. Para el anciano puede hasta ser devastador. La persona fallecida puede haber sido un compañero o cuidador del cual dependía el anciano. La vida puede ser trastornada profundamente para el sobreviviente.

En algunos casos, la situación puede desencadenar dificultades emocionales y del comportamiento; en otros, puede empeorar los problemas mentales que ya existen.

Es necesario reconocer y respetar la necesidad de sufrir la congoja. Sin embargo, sea sensitivo a los otros temas que rodean a los miembros mayores de la familia que se enfrentan con la pérdida de un ser querido y que pueden incluir:

- temores o hasta paranoia con respecto a dónde o con quién vivirán
- preocupación mórbida con su propia muerte
- enojo o agitación frente a los cambios en las rutinas diarias
- congoja abrumadora, desesperación o apartamiento social

Hable directamente de estos temas con su ser querido e implique al equipo terapéutico si la situación parece haber pasado los límites del dolor normal. Una receta de ayuda para dormir durante un corto tiempo puede ayudar a que la persona vuelva a una rutina más normal. Algunas veces puede ser útil un medicamento contra la ansiedad o un agente antidepresivo. Con frecuencia es apropiado recurrir a consejeros.



Mantenimiento de conexiones

Con el paso de los años, las conexiones sociales a menudo se desgastan. La gente se muda dejando atrás a vecinos establecidos, congregaciones y otras estructuras sociales. La familia puede estar más alejada. Las limitaciones del transporte pueden dificultar las reuniones. La declinación de la salud, tanto física como mental, puede fomentar el aislamiento.

No importa cuál sea su edad, los parientes y amigos tienen cosas en común, entre ellas recuerdos y alegrías. Ayude a que su ser querido participe en la vida hasta el punto que sea posible. Aliente las interacciones sociales positivas con la familia, los amigos y otras personas mayores. Haga un esfuerzo para incluir a su ser querido en las actividades y los acontecimientos. Si es necesario, modifique las circunstancias para respetar cualquier restricción que él o ella pueda tener. Por ejemplo, si su ser querido mayor se agita fácilmente, el traerlo a una reunión con numerosos familiares puede ser abrumador. Sin embargo, las visitas más tranquilas con parientes individuales pueden ser placenteras. Si una característica de su enfermedad es el “ocaso”, es decir, un empeoramiento de la confusión y agitación al final del día, planifique actividades más temprano.

Pida ayuda a su familia, amigos y grupos voluntarios locales, que puedan ofrecer transporte, viajes cortos, visitas en el hogar, comidas y otras oportunidades sociales para el adulto mayor. Muchas iglesias y grupos cívicos patrocinan centros de personas mayores que pueden ser apropiados. Hay muchos recursos disponibles tanto para cuidadores diarios como para los miembros de la familia que pueden vivir a muchas millas de distancia.

Recursos comunitarios y grupos de apoyo

Consulte a su equipo de tratamiento y a las agencias de salud mental de la comunidad para determinar qué otros servicios públicos y personal están disponibles. Los ayudantes en el hogar y las enfermeras visitantes pueden asistirle con muchos aspectos del cuidado del anciano, sea que la persona viva independientemente o con un cuidador. A menudo puede estar disponible alguna forma de cuidado supervisado de adultos durante el día para ofrecer estímulo para la persona mayor y un poco de “descanso” para los cuidadores. Elder Locator, un

servicio de la Administration on Aging, puede ayudarle a encontrar asistencia en todo el país.

Las organizaciones privadas y de caridad patrocinan muchos programas útiles. Algunas mantienen instalaciones de vivienda y comunidades de atención continua. Tal vez se ofrezca atención de descanso (Respite care), en que un individuo calificado se hace cargo temporalmente. Los grupos de personas que se enfrentan con los mismos problemas se han organizado para ofrecer apoyo moral y compartir información, por ejemplo, la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) y la Alzheimer's Association. La asistencia a las reuniones de los grupos de apoyo, la lectura de sus publicaciones o el contacto a través de sus teléfonos nacionales o sitios en Internet puede ser un salvavidas tanto para los consumidores como para los cuidadores.

Encontrará una lista de estos servicios y organizaciones al final de esta guía. La Guía de Recursos del programa COPE contiene listas más extensas de recursos para la salud mental.

Señales de advertencia de recaída

Su ser querido mayor puede haber progresado bien volviendo a una vida más normal después de haber mostrado señales de trastornos mentales serios. Los medicamentos, el tratamiento y el apoyo familiar normalmente desempeñan papeles constructivos. Sin embargo, tanto los cuidadores como los consumidores necesitan vigilar las señales de recaída. Un empeoramiento o retorno de los síntomas puede indicar:

- un lapso en el uso del medicamento
- una necesidad de alterar el medicamento o la rutina terapéutica
- un progreso de la enfermedad primaria a una etapa más avanzada
- la presencia de una nueva afección que afecta el funcionamiento mental

Póngase en contacto sin demora con el equipo terapéutico. En algunos casos se puede evitar una recaída completa. Con frecuencia, la severidad de la declinación en la salud mental – o la duración de la recaída – puede aliviarse con la intervención apropiada. Aunque la causa del trastorno sea la naturaleza progresiva de una enfermedad como la de Alzheimer, se pueden tomar medidas para controlar mejor los síntomas, como las alucinaciones o el comportamiento agresivo.

Crisis locales y ayuda de emergencia

Algunas veces, las personas mayores pueden volverse un peligro para sí mismas u otros. Cuando la demencia u otra forma de agitación causa un comportamiento violento es necesario intervenir. Esté preparado para tales crisis conociendo los recursos que están disponibles en su área. ¿Hay un centro local para la intervención de crisis? Puede haber Equipos de Acción Comunitaria (CAT) con profesionales de salud capacitados listos para asistir en una emergencia o tal vez necesite recurrir a la policía local. Mantenga a mano una lista de números de emergencia. Sepa qué hospitales aceptarán pacientes psiquiátricos en una emergencia y cuáles son las instituciones apropiadas para su ser querido.

Planificación: ¿Cuánto tiempo es el largo plazo?

Para el adulto mayor, las realidades de la vida exigen la planificación. Para los que presentan trastornos mentales, esta planificación es aún más urgente ya que es probable que surjan asuntos de atención adicional durante un tiempo cuando la persona está perdiendo la capacidad para tomar decisiones apropiadas. La meta para todos los que intervengan en la planificación de largo plazo es conservar tanta libertad y dignidad para la persona mayor como sea posible.

Las familias y los cuidadores deben darse cuenta de que el plazo largo se extiende hasta el final de la vida. Para algunos ancianos con trastornos mentales, tales como los que padecen de enfermedad de Alzheimer, la duración puede abarcar muchos años y pasar a través de varias etapas degenerativas. Las provisiones para el futuro deben incluir:

- atención de salud, con inclusión de cobertura psiquiátrica, disponible para el paciente a través de fuentes tales como beneficios de seguros privados, Medicare, Medicaid y programas suplementarios
- un plan económico, con jubilación o fondos privados que provean un estándar de vida aceptable durante el mayor tiempo posible antes de pasar al apoyo público o caritativo
- instrucciones o preferencias concernientes a la residencia y la atención a medida que la persona pasa de ser autosuficiente a una dependencia mayor en la familia o en otros cuidadores, hasta llegar a residir en un asilo de ancianos.

Enfermedad terminal y últimos deseos

La planificación para la muerte y sus efectos también representa una actividad importante y válida.

- A menudo el paciente puede designar por adelantado a una persona responsable para que tome las decisiones médicas críticas o estipule las medidas para salvar la vida – si se desean – que deberán tomarse cuando la muerte sea inminente. El tipo de documento legal necesario varía de un estado a otro del país.
- Pueden darse a conocer los planes o preferencias para el entierro, proporcionando al finado la oportunidad de una última palabra en su viaje por la vida.
- Un testamento puede ocuparse de la distribución de los bienes y la propiedad después de la muerte, de acuerdo con los deseos del sujeto.

Obtenga información apropiada de sus asesores financieros y legales, así como de personas con experiencia en coberturas de seguros de salud y temas de atención de largo plazo. Los consejeros pastorales y los directores de las funerarias también pueden desempeñar papeles importantes en la planificación emprendida por los consumidores y sus familias.

Defensores legales y legislación concerniente al adulto mayor

Es conveniente que algunos temas se encuentren en manos de los abogados u otros defensores legales que se especializan en áreas dedicadas al adulto mayor. Estos temas incluyen:

- infracciones automovilísticas o delitos menores asociados con la confusión o agitación
- asuntos criminales relacionados con dificultades del comportamiento o confusión
- audiencia para evaluar la competencia
- disputas con agencias gubernamentales u otras organizaciones concernientes a los derechos de asistencia social
- casos de discriminación por edad

Cuando existen problemas de salud mental, las personas mayores y sus familias pueden entrar en conflicto. A menudo es necesario que intervengan mediadores y jueces que se ocupan de la atención al anciano, especialmente cuando el adulto mayor rehusa ayuda a pesar de haber evidencia de dificultades emocionales y del comportamiento o de una falta de atención a sí mismo. A veces, la familia cree que debe presentar peticiones a la justicia para forzar al pariente anciano a recibir ayuda. Esto puede dar lugar a que los tribunales ordenen realizar una evaluación en el hogar para determinar la capacidad de la persona para vivir independientemente o bien llevar a cabo una serie de pruebas psicológicas. La corte puede asignar un tutor. Este individuo, algunas veces conocido como un “tutor *ad litem*”, puede ser un pariente, un administrador social de casos, abogado, pastor o tercero imparcial. Esta persona tiene estatura legal para representar los mejores intereses del individuo en ciertas circunstancias.



Temas de la vida y la vivienda: Seguridad y ausencia de peligros

Dónde, con quién y cómo vivimos son factores importantes de la calidad de la vida de todos. La seguridad y ausencia de peligros normalmente son inquietudes básicas, así como lo es la conveniencia y los precios asequibles. Esto también se aplica al adulto mayor.

Vida independiente: Cuando las circunstancias cambian

Muchas personas mayores de 65 años viven independientemente, sea con un cónyuge o por sí solas. Son autosuficientes y con frecuencia expresan un fuerte deseo de no volverse una carga para los seres queridos. Cuando la salud física y/o mental se deteriora, sin embargo, el grado de independencia cambia.

Autosuficiencia modificada

Dependiendo de los retos con que se enfrente una persona mayor, tal vez no sea necesario abandonar la vida independiente sino que sólo necesite adaptarse.

- Las **visitas regulares al hogar**, hechas por la familia o los cuidadores, pueden ofrecer interacciones sociales, comidas, supervisión de medicamentos, ayuda necesaria con las rutinas diarias y otros tipos de ayuda. Obtenga la ayuda – y la promesa – de parientes, amigos y vecinos. Verifique con el equipo de tratamiento, las iglesias locales y las organizaciones cívicas para ver si se dispone de servicios voluntarios o profesionales.
- Puede ser útil **instalar dispositivos especiales**, por ejemplo, un sistema de llamadas de alerta médica o un intercomunicador para ponerse en contacto con un amigo o pariente que viva en las cercanías. Modifique el espacio de vivienda para aumentar la seguridad y comodidad. Puede empezar con cosas simples, por ejemplo, quitando alfombrillas o comprando un asiento ajustable para el inodoro. Añada barandillas y pasamanos cuando haya dificultades para caminar o bañarse. Si la confusión o el olvido son un problema, la identificación del contenido de

cajones y gabinetes usando etiquetas individuales en su exterior, puede aumentar la confianza. Trate de hacer listas paso a paso para la operación de aparatos electrodomésticos u otras operaciones de rutina. Hable con un terapeuta ocupacional para obtener recomendaciones específicas.

- La **mudanza** a una residencia más fácil de manejar o a un sitio central puede permitir que un adulto mayor retenga porciones mayores de su independencia. Los requisitos del mantenimiento, la distancia a los servicios de salud, la ubicación de las tiendas, las oportunidades de interacciones sociales y el acceso al transporte son temas pertinentes, cuando se evalúa si se va a permanecer en la casa actual o si sería más conveniente mudarse. Si se muda, verifique que la nueva comunidad ofrezca una red de apoyo. La cercanía de amigos o parientes, una comunidad pastoral activa, un programa interesante para adultos mayores y apoyos similares pueden ayudar a un individuo a volverse un participante activo en un nuevo sitio.

La autosuficiencia modificada puede tomar muchas formas pero debe volverse a evaluar con frecuencia, especialmente cuando se temen dificultades emocionales y del comportamiento. ¿Hay evidencia de cuidado personal apropiado? ¿Es razonablemente estable el funcionamiento mental? ¿Se están poniendo en evidencia cambios en la personalidad? ¿Se cumple con las citas con el equipo terapéutico y con las rutinas de medicamentos? El bienestar y la calidad de la vida serán afectados si la vida exige demasiado del adulto mayor.

Transporte y manejo de automóviles

La habilidad de guiar vehículos a menudo es central a la percepción de independencia de una persona. Esto puede aplicarse tanto a los adultos mayores como a los adolescentes. Aunque los años avanzados no constituyen, de por sí, una barrera, los problemas relacionados con la edad pueden afectar las habilidades para guiar vehículos y el juicio de una persona.

Si usted se preocupa sobre la habilidad de guiar del adulto mayor, hable directamente con él o ella. Algunos limitan voluntariamente sus actividades a las horas del día o a las áreas locales. Algunos estados requieren pruebas más frecuentes de la vista y de la reacción en el caso de choferes de mayor edad. Si



todavía es una fuente de argumentos, obtenga la participación del médico, un consejero pastoral o uno general en las discusiones. Sin embargo, a menudo no hay manera de obligar a una persona mayor a que deje de guiar si no quiere hacerlo voluntariamente.

La falta de una licencia para conducir no significa el final de la movilidad. Muchos adultos mayores encuentran que el transporte público, especialmente los ómnibuses y otros medios de transporte, les permiten mantener un cierto grado de libertad. El contacto social también puede ser una ventaja.

Opciones de vivienda y niveles de ayuda

Actualmente existen opciones de vivienda con varios niveles de atención para el adulto mayor. Muchos adultos mayores viven con la familia cuando ya no pueden continuar con la vida independiente. Sin embargo, un número creciente de personas hace planes por adelantado para su futuro y optan por comprar viviendas para adultos mayores con atributos especiales. Otros hallan opciones de vivienda basadas en la comunidad. La atención de compañeros puede permitir que un adulto anciano siga en su casa, proporcionando cuidadores remunerados en el sitio. Cualquiera de estas formas de vivienda puede ser apropiada aunque haya temas de salud mental serios.

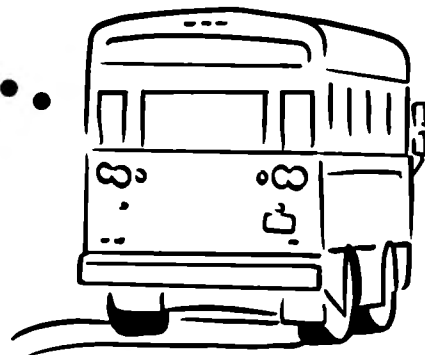
Vida con la familia

Las opciones de vivir con la familia pueden variar desde semi-independientes – normalmente un apartamento separado dentro de una casa – a vivienda completamente integrada con espacios comunes compartidos. También puede aplicarse la misma variedad de niveles de atención.

La situación puede ser gratificante cuando los miembros jóvenes y mayores de la familia comparten una casa, pero todos deben prepararse también para ciertas dificultades. Cuando un padre viene a vivir a la casa debido a salud física y/o mental declinante, otros parientes pueden participar activamente en apoyar el bienestar, como se ha mencionado a lo largo de esta guía. Éste es un regalo muy apreciado por el ser querido.

Algunos puntos que se deben recordar:

- Dentro de lo que sea razonable, respete la necesidad de privacidad del adulto mayor.
- Muéstrese flexible; el ajuste para todos los miembros de la familia puede ser difícil.
- Permita y aliente a su adulto mayor a compartir las actividades y tareas del hogar.
- Trate de no olvidar sus propias necesidades y las de los miembros de su familia.
- Mantenga la perspectiva en cuanto a su capacidad de prestar cuidados: obtenga ayuda y descanso de otros miembros de su familia y fuentes externas.
- Disponga de un plan contingente de atención si la situación suya o de su ser querido cambia súbitamente.



Vivienda con asistencia y planes de tres niveles

Muchas personas planifican por adelantado mudándose a comunidades diseñadas para los adultos mayores y sus necesidades de atención potenciales. Algunas de estas instalaciones ofrecen solamente el nivel de asistencia para la vida, mientras que otras ofrecen los tres niveles dentro de un solo barrio o área.

- Nivel uno: vida totalmente independiente, generalmente en un apartamento, casa de ciudad o unidad de una sola familia, donde los residentes son autosuficientes
- Nivel dos: una unidad de vivienda o habitación privada, donde se proporcionan servicios, por ejemplo, comidas, limpieza de cuartos y cierta supervisión.
- Nivel tres: atención de sanatorio o asilo de ancianos con supervisión y personal presente las 24 horas del día.

En algunas instalaciones o comunidades, a medida que las necesidades cambian, el residente puede pasar de un nivel a otro sólo con trastornos mínimos para sí mismo o su cónyuge. Esto puede dar tranquilidad a los individuos, las parejas y las familias y asegura la atención continua en caso de enfermedad física o mental para los individuos o los cónyuges sobrevivientes.

Estas comunidades a menudo son patrocinadas por compañías "con fines de lucro", aunque algunas se derivan de organizaciones caritativas o fraternales, por ejemplo grupos religiosos o sindicatos. Antes de comprar, verifique que el sitio tenga buena reputación y que sea financieramente sólido. Su representante local de la oficina de ancianos y las sedes locales del Better Business Bureau, así como la American Association of Retired Persons (AARP) son buenos puntos de partida para obtener información.

Vivienda comunitaria pública y privada

En muchos pueblos y ciudades, los fondos públicos están creando viviendas con subsidios para adultos mayores. Aunque la mayoría ofrece solamente atención limitada en el hogar, con frecuencia proporcionan ambientes seguros, buen transporte y oportunidades para la socialización. Éstos pueden ser ambientes apropiados para las personas mayores mantenidas con medicamentos para trastornos de salud mental, especialmente si viven con un cónyuge o cerca de otros miembros participantes de la familia. Normalmente es necesario presentar solicitudes y no es raro que haya listas de espera para este tipo de vivienda pública.

Las comunidades de personas mayores, que incluyen la vivienda, a veces son operaciones dependientes de organizaciones de salud mental, grupos religiosos y organizaciones cívicas. Algunas son formadas y operan bajo la dirección de consumidores de la salud mental, frecuentemente ofreciendo oportunidades para desarrollar habilidades, programas de capacitación y otras actividades para fomentar el bienestar. Estos tipos de instalaciones pueden encontrarse a través de NAMI o de su asociación local de salud mental.

Cuidado de compañero

Ésta puede ser una opción apropiada para los adultos mayores cuando no se necesitan servicios de enfermería de tiempo completo, pero la familia no puede proporcionar el nivel de atención necesario. Generalmente, un compañero capacitado vive con el adulto mayor o varios compañeros toman turnos en la casa. Los compañeros a menudo son ayudantes de enfermería o tienen otra capacitación especial.

Este tipo de organización puede permitir que un adulto mayor permanezca en una residencia establecida, siendo alentado por las normas de Medicare como una alternativa a los asilos de ancianos. Consulte a su equipo de tratamiento, hospital de la comunidad o las oficinas de servicios sociales para localizar compañeros apropiados. En algunas áreas, los programas de voluntarios pueden ayudar a obtener compañeros. Una opción es utilizar servicios tales como los ofrecidos por la National Association for Home Care, que cuenta con una base de datos para localizar agencias de atención en el hogar e instituciones de hospicio.

Ambientes especiales

Cuando la declinación física o mental ha avanzado hasta el grado de necesitar atención constante o cuando se acerca la muerte, puede ser necesario recurrir a la atención de largo plazo, al asilo de ancianos o al hospicio. Cuando están presentes trastornos cerebrales degenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, el adulto mayor puede necesitar una institución de atención con protección durante varios años. Es importante seleccionar un ambiente que permita al residente tanta libertad y dignidad como sea posible.

Asilos de ancianos e instituciones de atención prolongada

Estos tipos de ambiente ofrecen a los residentes una atención profesional las 24 horas del día. Las condiciones pueden variar desde dormitorios privados y semiprivados a situaciones más similares a salas dormitorios comunales, con áreas comunes para comidas y actividades de recreo. Muchas de las actividades rutinarias de atención de la salud, por ejemplo, la vigilancia de los medicamentos y las verificaciones de la presión arterial, se llevan a cabo en el sitio.

La mayoría de las instituciones cuentan con médicos y farmacéuticos además de enfermeras y otros ayudantes. Con frecuencia se incluyen también expertos en salud mental. Si su adulto mayor presenta trastornos del comportamiento, especialmente signos de demencia avanzada o de psicosis, asegúrese de que la institución cuente con el personal apropiado para ocuparse de estos problemas en forma apropiada.

Hay muchas fuentes de información sobre instituciones residenciales para atención al adulto mayor. Hable con el equipo de tratamiento, los representantes de servicios sociales, los hospitales del área, las iglesias locales y las organizaciones cívicas. Algunas compañías privadas operan instituciones de atención de largo plazo en múltiples sitios. Puede obtener información sobre sus sitios o hasta sobre algunas instituciones individuales entrando a Internet. Algunos sitios de la red, patrocinados por agencias del gobierno, grupos de adultos mayores o negocios que ofrecen servicios a los norteamericanos mayores, incluyen opciones para localizaciones geográficas, las que pueden ser muy útiles, especialmente si usted está tratando de ayudar a un pariente distante con sus necesidades de atención de largo plazo o de asilo de ancianos.

Selección de una institución

No todos los asilos de ancianos e instituciones de atención de largo plazo son iguales. Cuando trate de encontrar el ambiente correcto, el primer paso es, frecuentemente, determinar qué es lo que necesita su adulto mayor. La evaluación de sus necesidades debe considerar lo siguiente:

- Grado de atención que se necesita (supervisión solamente, ayuda con algunas actividades, servicios intensivos de enfermería, etc.).
- ¿Hay factores de idioma, cultura o religión u otras restricciones (no habla inglés, necesidades dietéticas basadas en la cultura o la religión, etc.)?
- ¿Qué especialistas médicos se necesitan regularmente (psiquiatras, nutricionistas, oftalmólogos, etc.)?
- ¿Se necesitan como rutina equipos, servicios o abastecimientos especiales (silla de ruedas, medicamentos intravenosos, oxígeno, etc.)?
- ¿Qué terapias recomendó el médico (física, psicológica, del habla, etc.)?
- ¿Con qué actividades de la vida diaria necesita ayuda la persona (ir al baño, comer, bañarse, etc.)?

La capacidad de la institución para proporcionar servicios para estas necesidades es de carácter central. Otros factores, por ejemplo, la localización y el tamaño de la institución, acortarán la lista. Si su ser querido indicó alguna preferencia o estipuló una institución en particular cuando podía tomar decisiones, siga estas instrucciones siempre que sea posible.

Visite el sitio o centro de atención. Trate de hablar con otros residentes o sus familiares, así como con el personal administrativo. Hable directamente con el personal sobre la manera en que se tratan los residentes ancianos con trastornos mentales. El almacenamiento del anciano que presenta problemas del comportamiento, asociado con el uso de rutinas de ataduras físicas o exceso de medicamentos, no es aceptable.

Las instituciones donde se destaca la actividad ayudarán a que el adulto mayor se mantenga interesado. Verifique si el ambiente se orienta a proporcionar la mayor libertad posible para su ser querido pero siempre protegiéndolo contra los peligros.

Consideraciones financieras

El pago por la atención prolongada es una inquietud importante para la mayoría de las familias. Es frecuente que se deban utilizar los bienes del anciano antes de poder recibir fondos públicos. Sin embargo, si la persona enferma tiene un cónyuge sobreviviente no es necesario agotar todos los bienes antes de poder recibir asistencia de Medicare o Medicaid. Cuando presente su solicitud, consulte a su oficina de Seguridad Social, consejeros geriátricos, supervisor de atención o encargado del caso para obtener información sobre los beneficios y la asistencia.

Algunos adultos mayores cuentan con beneficios de Veteranos de las Fuerzas Armadas que les dan derecho a cobertura en asilos de ancianos o bien han planificado para cubrir este acontecimiento al adquirir seguros privados de atención de largo plazo. Los contratos de atención administrada a veces han hecho provisiones para la atención prolongada. Es importante tener un cuadro muy claro de los recursos financieros, las pólizas de seguros existentes y otros derechos de la persona. Consulte la lista de verificación en el Apéndice A para obtener una lista de sugerencias sobre necesidades de información.

Hospicios

Hay una tendencia creciente entre los pacientes con enfermedad terminal y sus familias hacia seleccionar atención en hospicios para la etapa final de la vida. Aunque algunas veces es ofrecida en el hogar por profesionales capacitados en enfermería y ayuda social, los centros de hospicios residenciales ofrecen la mayor parte de esta atención. Proporcionan supervisión médica, con inclusión de control del dolor, apoyo psicológico y pastoral para los pacientes y sus familias y un ambiente más decoroso y apacible para el que se esté muriendo.

El nuevo sinergismo: Apoyos para el bienestar de los consumidores y cuidadores

Tanto las tendencias científicas como sociales apoyan mejoras en las vidas de los consumidores mayores y sus cuidadores. La ciencia médica está descubriendo algunos de los misterios del envejecimiento y el cerebro. Las tendencias demográficas hacen que los adultos mayores representen el segmento de la población de crecimiento más rápido. Las cosas que los afectan – desde las enfermedades a las necesidades de vivienda – ejercen impactos económicos y sociales.

Acceso al bienestar

Hay muchas realidades nuevas interesantes para las personas mayores: oportunidades para trabajo valioso dentro de la comunidad, tiempo para disfrutar de la libertad financiera y de actividades de recreo, programas educativos y viajes para expandir sus horizontes y una vida más prolongada para disfrutar de sus familias y de esta etapa de la vida.

Los descubrimientos científicos han contribuido también a los adelantos médicos. Cuando la salud física o mental declina, hay más y mejores opciones terapéuticas. Hasta en personas con trastornos serios del comportamiento y emocionales, asociados con enfermedades que afectan al adulto mayor o con temas de salud mental de larga duración, se puede realísticamente alentar el bienestar. Aunque la enfermedad tal vez no pueda curarse, la calidad de la vida a menudo puede mejorarse o mantenerse gracias a:

- mejor manejo de los síntomas con los medicamentos mejorados, incluidos los antipsicóticos atípicos y medicamentos para aumentar la memoria
- nuevos enfoques terapéuticos, con inclusión de ejercicios mentales para restaurar o mejorar la memoria y la atención
- más opciones de vivienda o de atención de la salud que se ocupan de las necesidades de los consumidores de mayor edad con trastornos mentales

- reconocimiento de la importancia de mantenerse activo, ocupado y participando en la vida, así como del papel positivo desempeñado por las interacciones sociales

La otra tendencia significativa que propicia el bienestar es un resultado positivo del movimiento de defensa del consumidor en este país. Existen grupos nacionales y populares que ofrecen una nueva voz a los adultos mayores y a sus familias. Estas organizaciones formadas por consumidores mayores, sus parientes, cuidadores y otras personas interesadas:

- ofrecen grupos de apoyo emocional
- comparten información y consejos prácticos
- ayudan a encontrar asistencia médica y de cuidadores
- hacen presión para mejorar las leyes y otros beneficios

La participación en estas redes de apoyo puede proporcionar una conexión vital para los cuidadores y beneficiar al anciano a su cuidado. Los grupos para adultos mayores ofrecen compañía, actividades y, con frecuencia, los descansos necesarios para el cuidador primario.



Adaptación a las nuevas realidades

Las demandas de la atención de una persona mayor que se enfrenta con trastornos de salud mental, así como con otras enfermedades físicas, no son fáciles de satisfacer ni son estáticas. La mayoría de los cuidadores informan sobre días buenos así como días malos. Sea realista en lo que espera para su ser querido y para usted mismo. La flexibilidad, el cariño y un sentido del humor le prestarán buenos servicios.

Si ya no puede funcionar eficazmente, obtenga toda la ayuda que necesite, la que podrá ser temporal o más permanente. Recuerde que todavía puede ofrecer apoyos importantes para su adulto mayor aunque usted no sea el cuidador custodio.

A menudo, las emocionales negativas, por ejemplo las sensaciones de culpa, frustración o ira, colorean las interacciones entre el cuidador y la familia durante estos períodos de cambios en los papeles y las responsabilidades de cada uno. Aunque se pueden entender, estas emociones son contraproducentes para el bienestar de todos los implicados. Trate de resolver conflictos hablando. Tal vez sea conveniente recurrir a la terapia familiar, los grupos de apoyo y las intervenciones del equipo terapéutico.

Mantenimiento de la actividad y la participación

La necesidad de recreo y diversiones no concluye al avanzar la edad ni al asumir los deberes de cuidador. Nos hemos ocupado de los beneficios de las interacciones sociales y del estímulo mental para las personas con trastornos emocionales y del comportamiento. Dichas actividades les ayudan a mantenerse interesados y enfocados, además de permitirles disfrutar de sus vidas.

Lo mismo se aplica a los cuidadores. Reserve un cierto tiempo para usted mismo, otros seres queridos y las actividades de que disfruta. Sea usted un hijo adulto que se ocupa de un padre enfermo o un cónyuge que trata de hacer frente a la declinación de la salud de la pareja, hay otras maneras de definirse a sí mismo. Sea madre, entrenador de Little League, abuelo, miembro del coro, un buen amigo o ¡el golfista con más aspiraciones del mundo!

Al participar como cuidador interesado, usted ha escogido influir positivamente sobre la vida de su ser querido. Es una actividad digna de emprenderse.

Recursos

El Programa COPE incluye una Guía de Recursos por separado, que contiene muchas listas para organizaciones públicas, sin fines de lucro y privadas, que ofrecen información o servicios a los consumidores de salud mental. Los servicios varían desde transferencia al tratamiento bajo especialistas a la ayuda con la vivienda, a servicios para la adicción. Se incluyen agencias del gobierno, grupos de defensores, fundaciones caritativas y organizaciones de auto-ayuda de consumidores. Para obtener una copia, pídasela al psiquiatra que le trata o a quien quiera que le haya proporcionado este panfleto.

Examine las páginas azules de su guía telefónica local buscando listas de agencias del gobierno a nivel federal, estatal, del condado y local. Debe incluirse la oficina más cercana del Seguro Social. Busque entradas que se ocupen de las necesidades del adulto mayor, por ejemplo, los departamentos de "Office on Aging" o "Senior Services". Estos contactos pueden ser importantes en su caso.

No olvide su propia red de recursos: su equipo terapéutico, su familia y amigos, sus conexiones escolares o de trabajo, las organizaciones religiosas y cívicas y los grupos de apoyo. Todos ellos pueden ayudarle con consejos, contactos u oportunidades.

La lista de recursos adicionales siguiente se ocupa de temas específicos de la atención al adulto mayor y se repiten debido a su significación para este tema.

Lista de recursos

Alzheimer's Association

La asociación es una organización voluntaria nacional de salud, dedicada a conquistar la enfermedad de Alzheimer a través de las investigaciones. Proporciona apoyo y ayuda a personas con la enfermedad y a sus cuidadores. Llame para obtener información o ser referido a uno de los 200 capítulos locales en todo el país.

919 North Michigan Avenue—Suite 1100
Chicago, IL 60611-1676
800-272-3900
Correo electrónico: info@alz.org

www.alz.org

American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP)

Esta organización profesional nacional refiere pacientes para psiquiatras geriátricos certificados por la Junta de acuerdo con el área geográfica. Para ser referido, presente un pedido por correo electrónico (a la dirección al pie) e incluya su nombre así como la ciudad y el código postal donde querría visitar a un médico. La AAGP también proporciona folletos informativos y hojas de datos para los pacientes y cuidadores.

7910 Woodmont Avenue
Bethesda, MD 20814-3004
301-654-7850
Correo electrónico: main@aagponline.org

www.aagppa.org

American Association of Retired Persons (AARP)

La AARP, una organización nacional, ofrece una amplia gama de información y servicios para personas mayores de 50 años, con inclusión de información sobre la salud, planes de seguros, descuentos y actividades de defensa de los miembros.

601 E Street, NW
Washington, DC 20049
800-424-3410

www.aarp.org

Eldercare Locator

Un servicio público de la Administration on Aging, el Eldercare Locator es un servicio de asistencia con una guía nacional, que está destinado a ayudar a las personas mayores y a los cuidadores a localizar recursos locales de apoyo. Llame al número de teléfono gratuito los días de semana entre las 9 de la mañana y las 8 de la noche (hora del este). Al conocer el condado, la ciudad o el código postal en donde se encuentra el adulto mayor y poder describir el problema, el personal capacitado podrá prestarle la ayuda apropiada.

Administration on Aging
330 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201
800-677-1116

www.aoa.gov

ElderCare Online

Este sitio se describe como una comunidad de Internet que comprende personas que cuidan de seres queridos de edad avanzada. Ofrece información, educación, elementos prácticos y apoyo a las familias que se enfrentan con el impacto de la enfermedad de Alzheimer y de las demencias relacionadas.

ElderCare Online
c/o Richard O'Boyle
54 Amuxen Court
Islip, NY 11751
Correo electrónico: info@ec-online.net

www.ec-online.net

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI: The Nation's Voice on Mental Illness)

NAMI, la organización popular más importante dedicada a mejorar la vida de personas con enfermedad mental, ofrece muchos servicios a los consumidores y a sus familias, que incluyen información para adultos mayores y sus cuidadores, además de acceso a grupos de apoyo locales.

Colonial Place Three
2107 Wilson Blvd.—Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
800-950-NAMI (6264)

www.nami.org

National Association of Professional Geriatric Care Managers (GCM)

Una organización profesional sin fines de lucro, la GCM fomenta la atención digna para el anciano y sus familias. Su meta es asegurar que se disponga de servicios de salud y humanos de calidad y buena rentabilidad y que los adultos mayores y los cuidadores los utilicen en forma apropiada. Visite su página en la red para pedir el nombre de un supervisor de atención geriátrica local.

1604 N. Country Club Road
Tucson, AZ 85716-3102
520-881-8008

www.caremanager.org

National Family Caregivers Association (NFCA)

La NFCA, una organización popular, se ocupa de las necesidades e inquietudes de los cuidadores familiares, ofreciendo educación, apoyo, servicios y defensa. Los cuidadores de EE.UU. pueden asociarse gratuitamente.

10400 Connecticut Avenue—Suite 500
Kensington, MD 20895-3944
800-896-3650
Correo electrónico: info@nfcacares.org

www.nfcacares.org

Social Security Administration (SSA)

Esta agencia gubernamental determina la elegibilidad para muchos beneficios, entre ellos, SSI, SSDI y Medicare. Para obtener información general sobre normas y procedimientos, llame al número 800 o visite la página de la red mencionada al pie. Una vez que comience a trabajar con la agencia se le asignará un representante de reclamaciones. El nombre y número del representante se encontrarán en el ángulo superior derecho de cualquier correspondencia que reciba de la SSA.

6401 Security Blvd.
Baltimore, MD 21235-0001
800-772-1213

www.ssa.gov

Apéndice A

Lista de documentos importantes

Usted o su ser querido mayor puede necesitar localizar rápidamente ciertos documentos importantes, en caso de una emergencia o crisis de salud. A continuación se presenta una lista de información o artículos que deben mantenerse asequibles. Sepa dónde y con quién se encuentran.

Testamento _____

Testamentario/Poder notarial _____

Pariente que vive cerca _____

Certificado de nacimiento _____

Pasaporte _____

Certificado(s) de matrimonio _____

Nº y tarjeta de seguridad social _____

Documentos/papeles militares _____

Plan/tarjeta de seguro de salud _____

Pólizas de seguros/anualidades _____

Testamento en vida _____

Poder notarial médico _____

Cementerio/documentos de entierro _____

Documentos y cuentas bancarias

Institución _____ Nº y tipo de cuenta _____

Institución _____ Nº y tipo de cuenta _____

Otras cuentas y documentos financieros

Agencia de corredores de bolsa _____ Nº y tipo de cuenta _____

Certificados de acciones _____

Bonos _____

Acciones de fondos mutuos _____

Llave de caja bancaria/combinación de la caja _____

Llave/combinación del buzón de correos _____

Escritura de la casa/documentos hipotecarios _____

Documentos de título/registro del vehículo _____

Documentos de impuestos a la renta _____

Documentos de préstamos en vigencia _____

Registro de deudas que se le deben a usted _____

Apéndice B

Visita a asilo de ancianos

Cuando esté buscando instituciones de atención de largo plazo o asilos de ancianos, use esta lista para hacer comparaciones. Haga copias y complete la información y sus impresiones.

Nombre de la institución _____

Dirección _____

Nº de teléfono _____ Contacto(s) _____

Afiliación religiosa/cultural _____ Privada/pública _____

Marque todos los que correspondan:

Certificada por Medicare _____ Certificada por Medicaid _____

Toma nuevos residentes _____ Período de espera calculado _____

Localización conveniente _____ Satisface sus necesidades especiales _____

Proporción entre residentes/personal _____ Asociación con hospital _____

Proporcionó referencias _____ Encuestas/inspecciones disponibles _____

Clasifique la institución sobre una escala de 1 a 7 (7 es lo mejor):

Los residentes tienen aspecto aseado y están vestidos en forma apropiada. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

Las áreas de dormir y públicas están amuebladas plenteramente y limpias. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

La institución parece estar bien mantenida, con los atributos de seguridad apropiados. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

Hay una variedad de actividades de las que tal vez disfrute su ser querido. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

Las comidas parecen atractivas, bien balanceadas y aceptables. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

El personal trata a los residentes con respeto mientras satisface las necesidades individuales. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

Los residentes parecen ser alentados a actuar independientemente. 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7

Escriba notas sobre lo siguiente:

Tratamiento de residentes con trastornos psiquiátricos (segregación, ataduras, etc.) _____

Normas de visitas _____

Costos financieros y normas _____

Otras inquietudes/impresiones _____

El programa COPE incluye también:



Guía del consumidor

Esta guía, redactada para la persona en el camino del control de su enfermedad, centra su enfoque en la autonomía. Analiza las cuestiones principales, tales como el uso correcto de los medicamentos, la identificación de las señales de recaída y las estrategias positivas para hacer frente a la enfermedad. También ofrece ayuda útil para mejorar el manejo autónomo e incluye definiciones de las palabras y términos de la enfermedad mental.



Guía de la familia

Esta guía presenta información general sobre muchos aspectos de la enfermedad mental seria. Su propósito es ayudar a las familias a hacer frente en forma positiva a las realidades de la enfermedad, a la vez que se propicia el bienestar del ser querido.



Guía de viviendas

Una cuestión importante para las personas en el camino hacia el bienestar es dónde y con quién vivir. Esta guía ofrece un resumen de las distintas opciones de vivienda, arreglos para el alojamiento y lo que debe considerarse cuando se hace esta importante selección.



Guía de empleo

Esta guía presenta información sobre el regreso o ingreso al mundo del trabajo para las personas que se están recuperando de una enfermedad mental seria. Los temas incluyen una evaluación de la competencia y preparación de la persona para ingresar o regresar al trabajo, además de aspectos importantes con respecto a la búsqueda de trabajo, el proceso de entrevistas y los medios de apoyo y oportunidades de empleo actualmente disponibles.



Directorio de recursos

Hay muchas fuentes de ayuda para las personas que padecen de enfermedad mental. Este folleto le ayudará a encontrarlas. Presenta lista de organizaciones nacionales y orientación sobre la manera de comunicarse con las agencias y grupos públicos y privados locales.

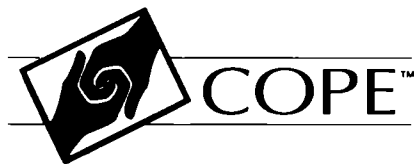
Provisto como servicio docente por



AstraZeneca Pharmaceuticals LP

1800 Concord Pike PO Box 15437
Wilmington DE 19850-5437

Visite nuestro sitio web www.astrazeneca-us.com



El Programa COPE es distribuido en parte por



De acuerdo con las normas de NAMI,
la aceptación de fondos no implica la aprobación
de ninguna práctica o producto comercial.

- Al 2000, había en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, 7.1% de la población total; la proporción aumentó un punto porcentual, en relación con 1990.
- La tasa de crecimiento medio anual de 1990 a 2000 de la población de 60 años y más fue de 3.39%, casi el doble de la registrada por la población total en estos 10 años, de 1.85 por ciento.
- Al 2000, se registraron en el país alrededor de 22.3 millones de hogares, en 5.1 millones vive al menos una persona de 60 años o más de edad; es decir, en 23.1% del total de hogares.
- Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebrovasculares son las principales causas de muerte entre la población adulta mayor.

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 1 de octubre Día Internacional de las Personas de Edad.

En el 2002, se realizó en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, y concluyó con la adopción, por parte de los representantes de cerca de 160 países, del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 y la Declaración Política; los Gobiernos se comprometieron a emprender iniciativas en tres direcciones prioritarias: desarrollo, salud y bienestar de los adultos mayores, y creación de un entorno favorable al desarrollo de una sociedad para todas las edades.

Por otra parte, se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% a 22% entre el año 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.¹

En los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente hacia la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, se prevé que el porcentaje de personas de edad avanzada aumente de 8% a 21%, mientras que el de niños bajará de 33% a 20%. Además, se estima que en menos de tres decenios, tres cuartas partes de la gente mayor de todo el mundo vivirán en países en desarrollo.²

Por lo anterior, con motivo del Día Internacional de las Personas de Edad, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), presenta una selección de datos sociodemográficos sobre la población adulta mayor, con el propósito de contribuir al conocimiento sobre el tema en México.

SITUACION DEMOGRAFICA Y SOCIAL DE LA POBLACION DE EDAD AVANZADA

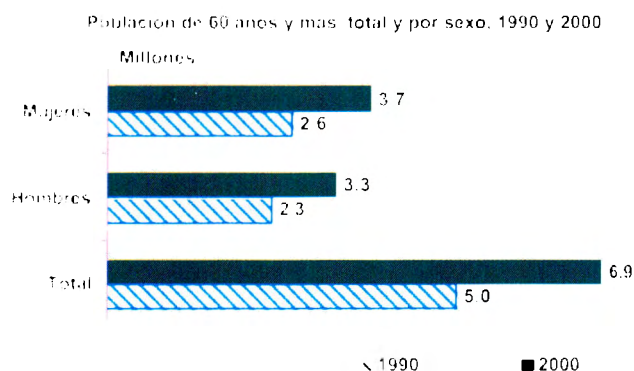
El último ejercicio censal (2000), registró en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, lo que equivale a 7.1% de la población total; 3.7 millones son mujeres y 3.2 millones, hombres.

¹ Kofi, Annan, Secretario General de las Naciones Unidas. Discurso al inaugurar el año Internacional de las Personas de Edad el 1 de octubre de 1998. Copyright ONU-División de Políticas Sociales y Desarrollo. Versión en Español: Centro de Información de las Naciones Unidas para España.

² Ibid.

En 1990, 6 de cada 100 habitantes eran personas de 60 años y más; para el 2000, la proporción es de siete. La gráfica muestra la población total y por sexo para los 1990 y 2000 de este grupo de población.

En números absolutos, el aumento en este grupo de edad durante el periodo 1990-2000 fue de casi dos millones de personas, con una tasa de crecimiento medio anual de 3.39%, superior a la registrada por la población total en estos 10 años, de 1.85 por ciento.

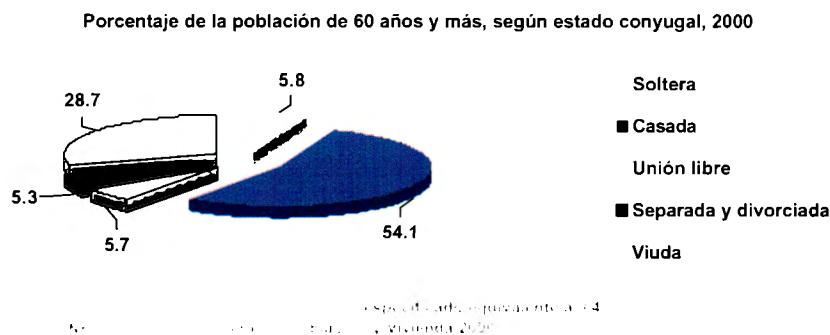


Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000

Por entidad Federativa, destacan con las mayores proporciones de población de 60 años y más, Zacatecas (8.7%), el Distrito Federal y Nayarit (8.5% cada uno) y Oaxaca y Yucatán (8.4% c/u). En contraparte, Tabasco (5.8%), el estado de México y Chiapas (5.4% c/u), Baja California (5.2%) y Quintana Roo (3.7%) presentan las menores.

ESTADO CONYUGAL

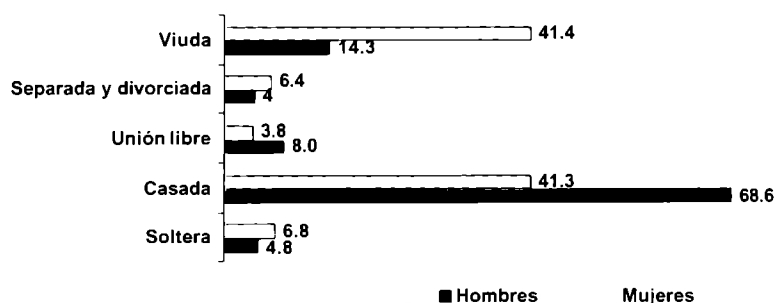
De la población de 60 años y más, 54 de cada 100 personas son casadas y alrededor de 29 viudas. La gráfica muestra el estado conyugal de este grupo de habitantes.



Por sexo, la distribución porcentual del estado conyugal de hombres y mujeres de este grupo de edad difiere sustancialmente. Por ejemplo, entre las mujeres, 45 de cada 100 están casadas o unidas y 41 son viudas; por casi 77 y 14 de cada 100 hombres, respectivamente.

Lo anterior revela que más de la mitad de las mujeres de este grupo de edad no tiene pareja, por casi una cuarta parte de los hombres. La gráfica siguiente presenta la distribución porcentual del estado conyugal por sexo.

Distribución porcentual de la población de 60 años y más, por sexo, según estado conyugal, 2000



Nota: El símbolo \square representa el número de años equivalentes a 0.3 para cada sexo. Fuente: Encuesta de Población y Vivienda 2000.

EDUCACION

En México, en el año 2000, 2.1 millones de personas de 60 años y más no sabían leer ni escribir, 779 mil eran hombres (23.9%) y 1.3 millones mujeres (35.5%), lo que refleja las marcadas diferencias por sexo debido a los patrones educativos que imperaban en el pasado.

Por tamaño de la localidad de residencia la proporción de analfabetismo de la población de 60 años y más disminuye considerablemente conforme aumenta el tamaño del centro de población de residencia. En las áreas rurales (menos de 2 500 habitantes), 40 de cada 100 hombres y 59 de cada 100 mujeres son analfabetas; mientras en las grandes ciudades (de un millón y más de habitantes) sólo 10 de cada 100 hombres y 20 de cada 100 mujeres se encuentran en dicha situación.

Por entidad federativa la proporción de la población analfabeta de este grupo de edad presenta grandes diferencias; en el Distrito Federal la proporción es de 11.2%; en Guerrero, Oaxaca y Chiapas poco más del 50% es analfabeta.

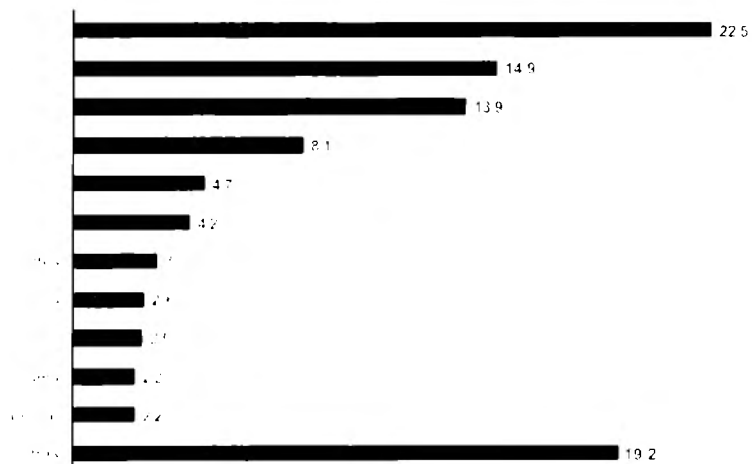
Asimismo, de cada 100 personas de 60 años y más, 36 no tienen instrucción formal, 35 tienen la primaria incompleta, 16 cuentan con la primaria terminada, seis tienen algún grado aprobado de secundaria y siete estudios postbásicos. El promedio de escolaridad de este grupo de población es de 3.6 años para los hombres y 3.1 años las mujeres, es decir, en promedio, tres años de primaria.

MORTALIDAD

En el 2002 se registraron 267 mil 794 defunciones de personas de 60 años y más, 58.2% del total de fallecimientos asentados. Por sexo, la proporción de muertes fue similar, 50.2% de hombres y 49.8% de mujeres.

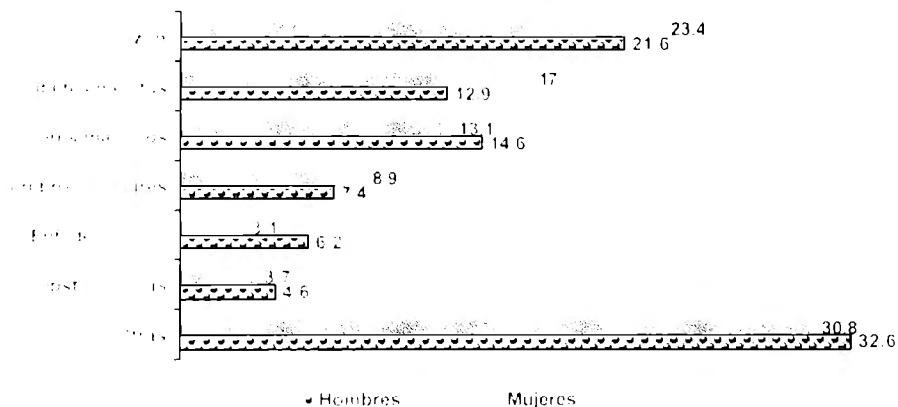
Las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares; en conjunto, fueron causa del 59.4% de las defunciones.

Gráfico 1. Tasa de mortalidad de la población de 60 años y más por causa, 2002



Por sexo, de cada 100 hombres casi 22 mueren por enfermedades del corazón, alrededor de 15 por tumores malignos y 13 por diabetes mellitus. Las mujeres, por cada 100, 23 fallecen por la primera causa, 17 por diabetes mellitus, 13 por tumores malignos y nueve por problemas cerebrovasculares.

Gráfico 2. Tasa de mortalidad de las defunciones de la población de 60 años y más por causa según sexo, 2002



INEGI. Estadísticas demográficas, 2003. Base de datos.

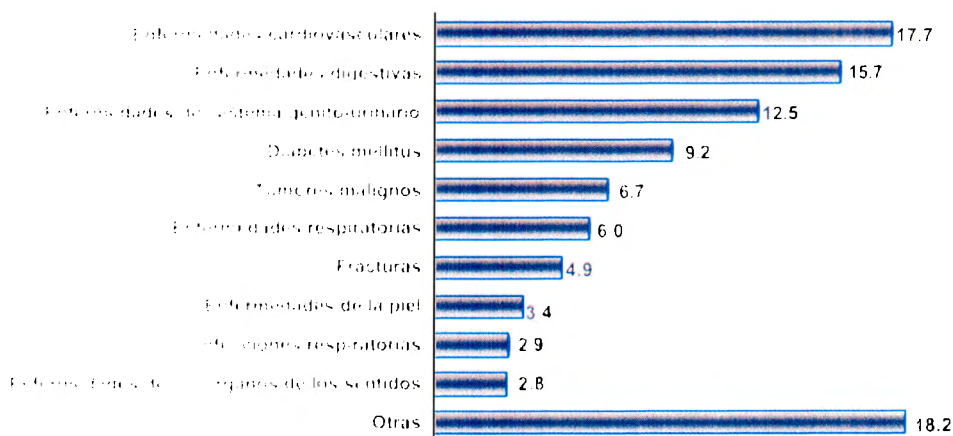
MORBILIDAD

La población de 60 años y más concentra 16.1% del total de los egresos hospitalarios en los hospitales del Sistema Nacional de Salud del país, lo que se traduce en 685 mil 252 casos de enfermos en hospitales durante 2002.



Entre las 10 primeras causas de egresos hospitalarios que afectan a este grupo de población, sobresalen las enfermedades cardiovasculares, del aparato digestivo y del sistema genito-urinario, juntas representan casi 50% del total de los egresos de la población de 60 años y más.

Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad hospitalaria en población de 60 años y más. 2002



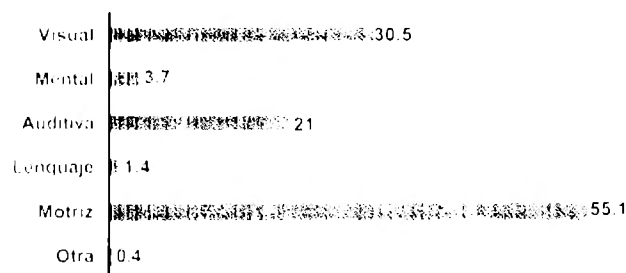
La diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades respiratorias ocupan del cuarto al sexto lugar de importancia en causas de egreso hospitalario y concentran casi 22% del total.

DISCAPACIDAD

En el año 2000, 10.7% de la población de 60 años y más reportó tener algún tipo de discapacidad. Por otro lado, en el mismo año, 41.5% de los 1.8 millones de habitantes que presentan alguna discapacidad en el país, son personas de 60 años y más; 47.2% hombres y 52.8%, mujeres.

En las personas de edad, las discapacidades de tipo motriz son las más frecuentes (55.1%), le siguen las visuales y las auditivas.

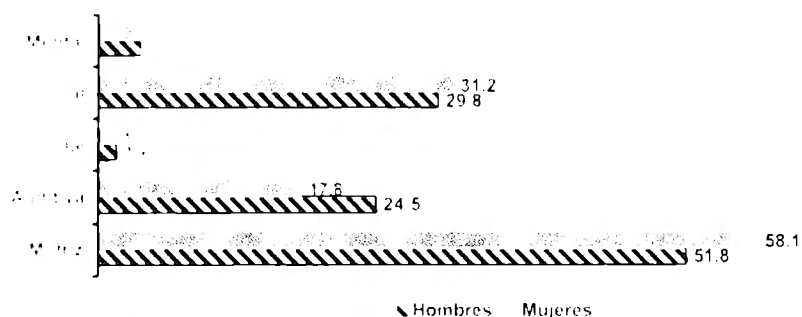
Distribución porcentual de la población de 60 años y más, según tipo de discapacidad. 2000



Nota: El porcentaje puede ser mayor a 100 debido a que la población puede presentar más de un tipo de discapacidad.
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000

En los hombres, la más recurrente es la motriz (51.8%), seguida por la visual (29.8%) y auditiva (24.5%). En las mujeres, el comportamiento es el mismo, pero con proporciones más altas, esto se relaciona a que tienen una esperanza de vida mayor y a que es mayor el número de mujeres con discapacidad que el de varones.

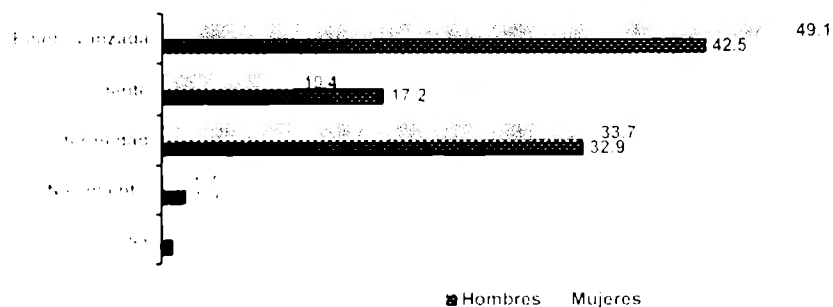
Distribución porcentual de la población de 60 años y más, según tipo de discapacidad y sexo, 2000



Nota: Se excluyó la categoría "no especificado" que se excluyó la categoría "no especificado" que representa 4.7% en hombres y 4.7% en mujeres.

Las principales causas que originaron la discapacidad en los adultos mayores varones, fueron la edad avanzada (42.5%), las enfermedades (32.9%) y los accidentes (17.2%). En el caso de las mujeres se concentraron principalmente en la edad avanzada (49.1%) y las enfermedades (33.7%).

Distribución porcentual de la población de 60 años y más, según causa de la discapacidad y sexo, 2000



Nota: Se excluyó la categoría "no especificado" que se excluyó la categoría "no especificado" que representa 4.7% en hombres y 4.7% en mujeres.

HOGARES

Al 2000, se registraron en el país alrededor de 22.3 millones de hogares, en 5.1 millones vive al menos una persona de 60 años o más de edad; es decir, en 23.1% del total de hogares.

Asimismo, en 4.3 millones de los hogares, una de las personas de 60 años y más es el jefe del hogar, en los restantes son padres, madres, abuelos (las), o algún otro pariente del jefe de familia. De los jefes de familia de este grupo de edad, 67.2% son varones y 32.8%, mujeres. El indicador nacional de hogares dirigidos por mujeres es de 20.6 por ciento.

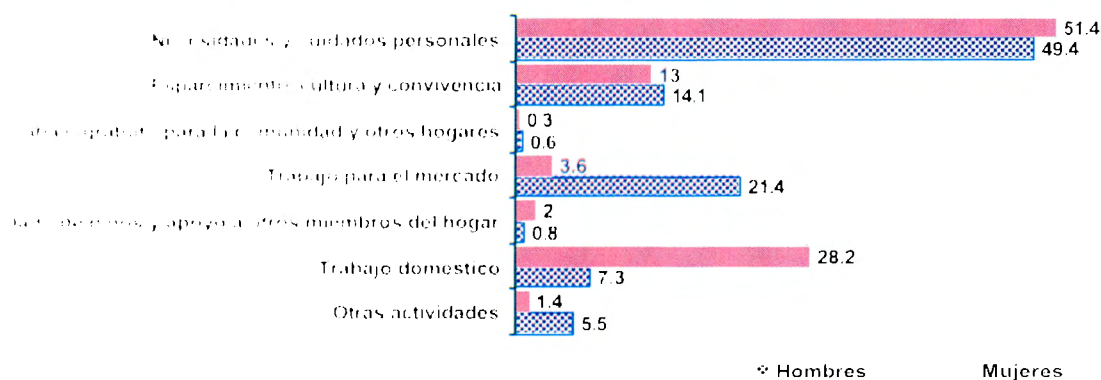
Por otra parte, poco más de 1.2 millones de hogares se conforman exclusivamente por adultos mayores, 5.4% del total de hogares en el país. De éstos, 4.8% se forman por el jefe y al menos un pariente (el jefe está sin cónyuge ni hijos), 39.6% están integrados por una pareja de personas de edad (jefe y su cónyuge) y 52.6%, por personas de edad avanzada que viven solas.

Esta composición presenta diferencias notables de acuerdo con el sexo del jefe del hogar. En los hogares con jefe varón, 3.3% está formado por el jefe y al menos un pariente, 33.1% por varones solos y 61% por una pareja de ancianos; en caso contrario, cuando el jefe es mujer, 2.6% son monoparentales (exclusivamente la jefa y uno o más hijos –as- de edad avanzada), 4.7% se conforma por una pareja de personas de edad (jefa y su cónyuge), 7.2% por la jefa y al menos un pariente, y en 84.6% , viven solas.

USO DEL TIEMPO

La Encuesta Nacional sobre Uso del tiempo 2002, registró que los miembros del hogar de 60 años y más, destinan la mitad del tiempo semanal a cubrir sus necesidades fisiológicas y cuidados personales, 18.3% en trabajo doméstico, 13.5% esparcimiento, cultura y convivencia y 12% trabaja para el mercado.

La distribución porcentual de las horas a la semana que la población de 60 años y más destina a las actividades cotidianas, por sexo, según grupos de actividades. 2002.



El tiempo dedicado a las actividades educativas por ser poco significativas, no se muestra en este gráfico. Fuente: Encuesta sobre el Uso del tiempo, 2002. Tabulados básicos preliminares.

Las mujeres destinan cuatro veces más de su tiempo que los hombres al trabajo para el hogar (cuatro horas al trabajo doméstico por cada hora que los varones dedican a dicha actividad). Sin embargo, 21.4% del tiempo de los hombres lo ocupan trabajando para el mercado, las mujeres sólo utilizan 3.6% de sus horas a lo mismo.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, muestra que 32.2% de las mujeres de 55 años y más con pareja residente en el hogar, registró al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por parte de su pareja. La proporción es la menor en relación con otros grupos de edad.

Asimismo, 28.8% de estas mujeres presentaron violencia emocional, 17.9% económica, 4.4% registró violencia física y 5.3%, sexual.

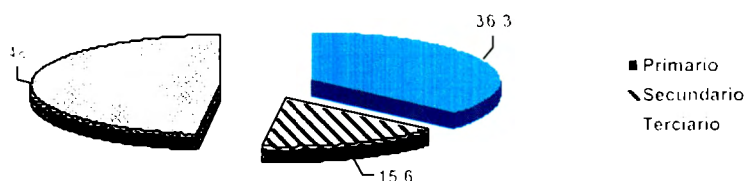
TRABAJO

La Encuesta Nacional de Empleo 2004, registró en el país durante el segundo trimestre 3.3 millones de personas económicamente activas (PEA) de 60 años y más, 7.6% del total.

De la PEA de este grupo de población, alrededor de 3.2 millones están ocupados, dicha cantidad representa 7.8% del total de la población ocupada nacional. Asimismo, 71.7% de la población ocupada de 60 años y más son hombres, lo cual muestra la mayor participación de ellos en actividades económicas.

Según el sector de actividad, la población adulta mayor se ocupa en el terciario y primario, básicamente. La gráfica siguiente muestra la distribución porcentual de la población ocupada de 60 años y más según el sector de actividad donde laboran.

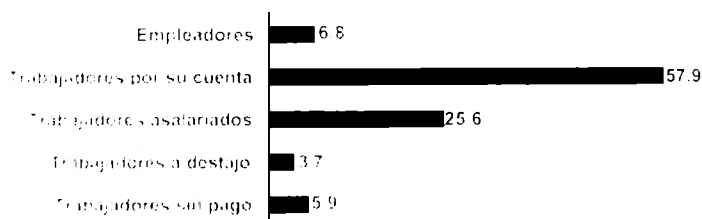
Distribución porcentual de la población ocupada de 60 años y más por sector de actividad, 2004



Por sexo, de cada 100 adultos mayores varones, casi 46 se encuentran en el sector primario, 39 en el terciario y 15 en el secundario. En contraste, de cada 100 mujeres, alrededor de 71 laboran en el terciario, 16 en el secundario y 13 en el primario.

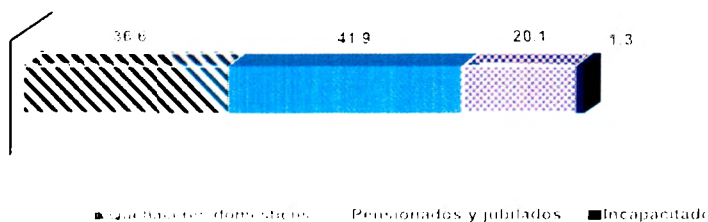
Asimismo, la posición que ocupa este grupo de población es principalmente como trabajador por su cuenta (57.9%) y trabajador asalariado. Los hombres al igual que las mujeres, presentan la misma situación que se registra para el total del grupo.

Distribución porcentual de la población ocupada de 60 años y más por posición en el trabajo, 2004



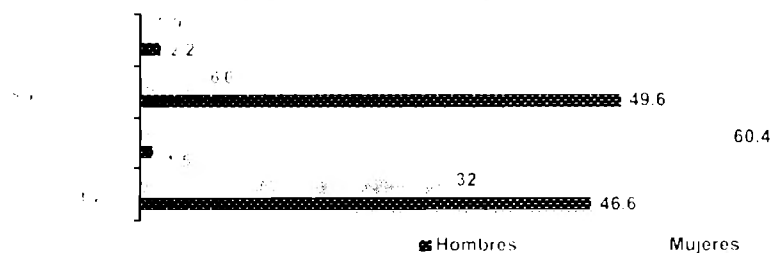
Distribución porcentual de la PNEA de 60 años y más según tipo de actividad no económica, segundo trimestre de 2004

Por otra parte, la población no económicamente activa (PNEA) de 60 años y más, representa 16.6% de la registrada a nivel nacional. De la PNEA de personas de edad, 69 de cada 100 son mujeres; la gráfica siguiente presenta la distribución porcentual de la PNEA de 60 años y más por tipo de actividad no económica



Por sexo, la distribución según el tipo de actividad no económica presenta diferencias notables, uno de cada 100 varones de edad avanzada realiza quehaceres del hogar por 60 de cada 100 mujeres, la gráfica siguiente muestra la distribución porcentual por sexo.

Distribución porcentual de la PNEA de 60 años y más por sexo, según tipo de actividad no económica, segundo trimestre de 2004.



LENGUA INDIGENA

En el 2000, poco más de 705 mil personas de 60 años y más declararon hablar alguna lengua indígena; cifra que significa el 10.1% de la población de este grupo de edad.

En relación con el total de hablantes de lengua indígena, las personas de 60 años y más representan casi el 12 por ciento.

Del total de población hablante de lengua indígena de este grupo de edad, 22.1% son monolingües, 62.5% no saben leer ni escribir y 38.3% son económicamente activos.

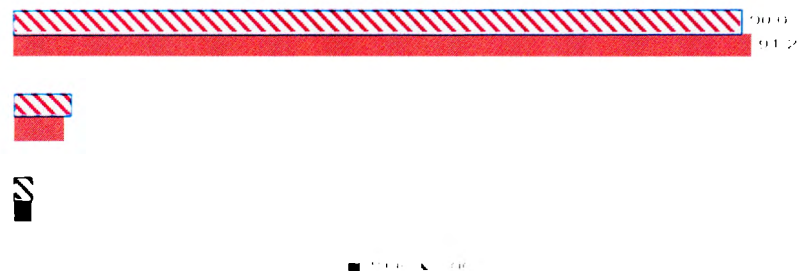
RELIGION

Con respecto a la media nacional, la población de 60 años y más registra un porcentaje ligeramente más alto de catolicismo, en consecuencia, es menor el porcentaje de población con una religión distinta o que no profesa ninguna creencia religiosa.



Durante la última década, se registró una ligera disminución de población católica y un incremento en el porcentaje de otras religiones, sobre todo las que se derivan de la tradición cristiana.

Distribución porcentual de la población de 60 años y más por religión, 1990 y 2000



INEGI. Encuesta Nacional de Población y Vivienda 2000

Con este cúmulo de información, el INEGI brinda indicadores para el conocimiento de las características sociodemográficas y económicas sobre la población de 60 años y más en un marco general. Si requiere información por entidad federativa consulte nuestro sitio web, acuda a los centros de información del INEGI o contáctenos vía telefónica o por correo electrónico.

PUBLICACIONES SUGERIDAS PARA CONSULTA SOBRE ESTE TEMA:

- INEGI XII CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2000
- INEGI ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINAMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES 2003
- INEGI ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS, 2003
- INEGI ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO, SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2004
- INEGI MUJERES Y HOMBRES EN MEXICO 2004
- INEGI INTERNET, ESTADISTICAS POR TEMA
- INEGI ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO 2002
- LA EVOLUCION DE LOS HOGARES UNIPERSONALES, 2003

consulte *Cuento Contigo*, sección educativa pensada en la población infantil, desarrollada por el INEGI para basar de la estadística y geografía del país de manera divertida; en ella, los niños podrán aprender sobre los temas mencionados por medio de juegos, trivias, imágenes y contenidos de fácil comprensión, con los cuales, a través de conocer México, podrán sustentar sus tareas escolares de primaria y secundaria, sobre la materia.

Acceda a *Cuento Contigo* en:

www.inegi.gob.mx

Porque proporcionamos información para todos...

¡México cuenta con el INEGI!

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA

MEXICO DF A 1 DE OCTUBRE DE 2004

10



ANEXO ESTADÍSTICO

"Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad"			
	Nacional	Hombres	Mujeres
Población 2000	97 483 412	47 592 253	49 891 159
Población de 60 y más años	6 948 457	3 252 357	3 696 100
60-69 años	3 858 931	1 825 070	2 033 861
70-79	2 110 944	1 000 303	1 110 641
80-89	773 927	342 371	431 556
90-99	184 898	76 584	108 314
100 y más años	19 757	8 029	11 728
Defunciones según principales causas 2002	267 794	134 494	133 222
Enfermedades del corazón	60 236	29 073	31 147
Diabetes mellitas	40 030	17 396	22 625
Tumores malignos	37 182	19 691	17 482
Enfermedades cerebrovasculares	21 823	9 910	11 906
Enfermedades del hígado	12 511	8 351	4 155
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11 166	6 226	4 939
Accidentes	8 020	5 163	2 853
Influenza y neumonía	6 856	3 362	3 490
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	6 618	3 000	3 616
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5 924	3 327	2 597
Insuficiencia renal	5 893	3 049	2 844
Las demás causas	51 535	25 946	25 568
Población Económicamente Activa, 2º trimestre del 2004	43 398 755	28 013 539	15 385 216
Población de 60 años y más	3 309 865	2 378 167	931 698
Población Ocupada, 2º trimestre del 2004	42 306 063	27 357 076	14 948 987
Población de 60 años y más	3 288 963	2 359 769	929 194
Población No Económicamente Activa	34 723 175	9 082 524	25 640 651
Población de 60 años y más	5 764 175	1 807 810	3 956 365



"Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad"

	Nacional	Hombres	Mujeres
Población ocupada de 60 años y más por posición en el trabajo según sexo, 2º trimestre del 2004	3 288 963	2 359 769	929 194
Empleadores	222 332	195 050	27 282
Trabajadores por su cuenta	1 908 525	1 388 234	520 291
Trabajadores asalariados	840 356	636 134	204 222
Trabajadores a destajo	121 209	78 407	42 802
Trabajadores sin pago	193 777	59 523	134 254
Otros trabajadores	2 764	2 421	343
Población ocupada de 60 años y más por sector de actividad según sexo, 2º trimestre del 2004	3 288 963	2 359 769	929 194
Primario	1 195 521	1 072 638	122 883
Secundario	513 454	363 440	150 014
Terciario	1 575 532	921 464	654 068
No especificado	4 456	2 227	2 229
Población de 60 años y más ¹	6 948 457	3 252 357	3 696 100
Alfabeto	4 846 179	2 468 477	2 377 702
Analfabeta	2 091 117	778 821	1 312 296
Sin instrucción	2 455 644	1 022 745	1 432 899
Primaria incompleta (entre uno y cinco grados)	2 381 606	1 189 351	1 192 255
Primaria completa (seis grados)	1 089 057	517 561	571 496
Secundaria	411 901	191 160	220 741
Postbásica	509 491	286 033	223 458

¹ La suma de la población según condición de alfabetismo así como de nivel de instrucción, no coincide con la población total debido al no especificado.

2005

MANUAL DE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN:

El Departamento para los Asuntos de Personas Mayores de RI (DEA) fué establecido en 1977 (RIGL 42-66-1) como resultado de un aumento en las necesidades crecientes de las personas mayores de Rhode Island.

El censo del 2000 reveló que de un total de un poco más de un millón de residentes de Rhode Island, más de 190,000 tenían más de 60 años de edad.

La misión de este departamento es ofrecer la mejor red de servicios de ayuda para que las personas mayores de Rhode Island vivan con dignidad, seguridad, y con la mayor independencia posible

DEA suministra información sobre los programas disponibles, y también sobre los servicios y asistencia con problemas relacionados con el envejecimiento. Si usted lo solicita, disponemos de personas que pueden hacer presentaciones sobre estos temas. Las horas de oficina son de lunes a viernes de 8:30 de la mañana a 4:00 de la tarde.

Todo esfuerzo se ha hecho para verificar la información en éste manual. Correcciones para el manual del 2006 deben ser enviadas al jefe de información y relaciones públicas del DEA, Benjamin Rush Building 55, 35 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920. Para obtener copias adicionales de éste manual puede llamar al 462-4000 (Voice) y 462-0740 (TTY)

RECONOCIMIENTO

La población de ancianos de Rhode Island refleja el crecimiento en diversidad de nuestra sociedad. **El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Rhode Island (DEA)** es la única unidad estatal de planeo y servicios de programas para los ancianos. En este papel, **DEA** debe responder al reto de ofrecer información en forma que alcance a aquellas personas las cuales el Inglés no es su idioma primario. El **Manual de Bolsillo de Servicios Para Ancianos del 2005** es parte de este esfuerzo.

DEA quisiera reconocer el trabajo de **Maria Nunez, Especialista en Información al Consumidor**, por editar, traducir, y preparar el **Manual de Bolsillo de Servicios Para Ancianos del 2005**.

Nota: Si al llamar alguna de estas agencias mencionadas en este manual, no puede comunicarse por razones del idioma, puede llamar al 462-4000 y mediamos por usted para que consiga la información o el servicio requerido.

ÍNDICE

Departamento Para Asuntos de Ancianos	Página 4
Servicios Diurnos Para Adultos	Página 5
Intercesión	Página 5
Agencias Para Ciegos	Página 5
Servicios para el Mal de Alzheimer	Página 5
Fundación para la Artritis	Página 5
Grupos de Evaluación Geriátrica	Página 6
Programas para la Comunidad	Página 6
Especialista en Información de la comunidad	Página 6-7
Servicios Dentales	Página 7
Equipos Medicos Duraderos	Página 7
Posibilidades Educativas	Página 7
Ubicación de Servicios Para Personas Mayores	Página 7
Sistema de Socorro en Emergencias	Página 8
Visitas Amistosas	Página 8
Centros de Salud	Página 8
Información sobre Seguro Médico	Página 9
Servicios Para el Oído y el Habla	Página 9
Programa de Asistencia con la Calefacción	Página 9
Sevicios de Cuidado de Personas Mayores en sus Casas	Página 10
Conversión o Hipoteca de la inversión Neta de su Casa	Página 10
Cuidado de Hospicio	Página 10
Información sobre la Vivienda	Página 10
Identificación	Página 11
Vivienda Independiente	Página 11
Servicios Legales	Página 12
Asistencia Médica/Medicaid	Página 12
Medicare	Página 13
Programa de Ahorro de Medicare	Página 13
Salud Mental	Página 13-14
Programa para Personas que Cuidan a un Familiar	Página 14
Hogares Geriátricos	Página 14
Nutrición	Página 15-16
Agente Encargado de Investigar quejas de cuidado a largo plazo	Página 16
Programa de Medicinas Gratuitas	Página 16
Servicios de Protección	Página 17
Publicaciones	Página 17
Parientes Sirviendo de Padres/Campamento para Niños	Página 17
Alivio Temporal	Página 17
Centros Para Personas Mayores	Página 18-19
Intercesores de Personas Mayores con la Policia	Página 19
Desarrollo de la Fuerza Laboral de Personas Mayores	Página 19
Seguro Social e Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)	Página 19-20
Información sobre Taxes	Página 20
Transporte & Servicios de Voluntarios	Página 21-22

DEPARTAMENTO DE R.I. PARA LOS ASUNTOS DE PERSONAS MAYORES

John O. Pastore Center

Benjamin Rush-Building #55

35 Howard Avenue

Cranston, RI 02920

Número Principal

462-3000

Información al Consumidor

462-4000 (V/TTY)

Correo Electrónico

www.dea.state.ri.us

Para servicio más rápido, llame a:

Directora

462-0500

Seguros de Salud

462-0508

Asistencia con la calefacción

462-4000

Cuidado en Casa y Comunitario

462-0570

Servicios Legales

462-0537

Relaciones Pública

462-0509

Farmacéuticos (RIPAE)

462-4000

Servicios de Protección

462-0555

Programa de Visitas a personas mayores

462-0569

Programa de Empleos a Personas Mayores

462-0541

Centro Para la Diversidad

462-0524

CENTRO DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES E INCAPACITADOS
DEA recibió dinero del Departamento de Salud y la Administración de Servicios Humanos de los Estados Unidos para ser utilizado en tres años para crear **El Centro de Recursos para Ancianos y Desabilitados (ADRC)** siglas en Inglés. En el primer año, este dinero será utilizado para determinar el espacio y los programas necesitados para un centro de “Una Parada” o “One Stop” en Inglés y para contratar una compañía de mercadeo para promover el **ADRC**. El centro está accesible por correo electrónico en <http://adrc.ohhs.ri.gov>. En esta página de correo usted puede conseguir información y números de teléfonos para una gran variedad de servicios que forman la base del sistema de cuidado a largo plazo del estado de RI.

SERVICIOS DIURNOS PARA ADULTOS (ADULT DAY CARE):

Ofrecen cuidado y supervisión en un ambiente seguro a personas adultas en estado delicado. Los servicios incluyen actividades recreativas, terapéuticas, actividades sociales, servicios de salud, transporte, y un descanso temporal a las personas que cuidan de estas personas mayores. Para más información sobre el centro en su comunidad llamar al **462-4000**.

INTERCESIÓN/MEDIACIÓN:

El Centro Para la Diversidad del DEA fue creado para mejorar el desarrollo de programas estatales y locales de forma que los servicios sean más accesibles a los residentes de Rhode Island de diferentes culturas y nacionalidades. El papel del Centro Para la Diversidad es identificar las necesidades de los ancianos minoritarios de la comunidad, y mejorar los recursos para programas sirviendo a esa población. Para más información sobre el Centro Para la Diversidad del DEA llame al **462-0524**. También las personas mayores tienen la oportunidad de ejercer influencia en la política del pueblo por medio de grupos como **AARP (866-542-8170)**, **Asociación de Rhode Island para el Cuidado a Largo Plazo (222-2371)**, **Cabinete de Rhode Island para Cuidado Crónico y a Largo Plazo (462-0501)**, **Las Panteras Grises (725-1122)**, **Aging 2000 (521-7930)**, y la **Asociación de Personas Mayores Homosexuales de RI (751-1487)**. También puede conseguir información sobre las siguientes asociaciones llamando al **462-0509 (Consejo Nacional de Ciudadanos Mayores, Comisión Consejera sobre los asuntos de la Vejez, y Legislatura Cabello Blanco)**.

AGENCIAS PARA CIEGOS:

Estas agencias ayudan a personas ciegas con el desarrollo de su capacidad para comunicarse, moverse, orientarse, y cuidar de sí mismo y con los quehaceres del hogar.
IN-SIGHT 941-3322.

Saving Sight 738-1150.

Servicios Estatales para los Ciegos y Personas con la Vista Dañada 222-2300 o (TTY) 222-3010.

Cualquier persona mayor de 65 años de edad que no tiene un Oftalmólogo puede recibir servicios médicos oculares gratis por medio del **Proyecto Nacional para el Cuidado de la Vista**. Para más información llame al **1-800-222-EYES (3937)**.

Servicios de Librería Para Personas con la Vista Dañada 222-5800

SERVICIOS PARA EL MAL DE ALZHEIMER:

Esta es una organización sin fines de lucro cuya misión consiste en coordinar recursos para las personas que cuidan a los enfermos, y educar a los profesionales de la salud y al público en general. Los departamentos de Policía tienen registración para pacientes de éste mal en caso de que sean encontrados vagabundeando. Para más información llamar al **421-0008** o **1-800-244-1428**. La página de correo electrónico de esta organización para acceso local es www.alz-ri.org y para acceso nacional es www.alz.org

FUNDACIÓN PARA LA ARTRITIS:

Ofrece una variedad de programas y servicios a disposición de las personas que sufren de artritis. Para más información llamar al **739-3773** o visite www.arthritis.org.

PROGRAMAS PARA LA COMUNIDAD (CAPS):

Estos programas incluyen: organizar la comunidad, la educación del consumidor, consejería, salud, protección contra el frío invernal, subsidios de combustible, y otros servicios. Los servicios de protección contra el frío consisten en: reparaciones pequeñas al hogar, auditoria del uso de energía, puertas y ventanas aisladoras, reemplazo de ventanas, reparaciones de caldera y reemplazo de quemadores. Para más información llamar al centro de su comunidad.

Blackstone Valley CAP	723-4520
Comprehensive CAP (Cranston)	467-9610
Providence	273-2000
East Bay CAP (Aquidneck Island & Newport)	437-1000
South County CAP	789-3016
Tri-Town CAP (Northwest)	351-2750
Westbay CAP	732-4660
Family Resource Center (Woonsocket)	766-0900

INICIATIVA PARA LA DIVERSIDAD COMUNITARIA:

La Iniciativa para la Diversidad Comunitaria del DEA fue creada para asegurar que todos los programas y servicios que DEA ofrece sean accesible a las diversas culturas de RI. El propósito de este programa es determinar las necesidades de las comunidades minoritarias de RI, mejorar los recursos para que estas personas y sus familias y desarrollar asociaciones comunitarias para mejorar la visibilidad de servicios y crear los cambios necesarios para proveer estos servicios. Para más información llame al **462-0524**.

OPCIONES DE VIVIENDA COMUNITARIAS:

En Rhode Island hay dos organizaciones que proveen información y servicios a los deshabilitados a mejorar su nivel de independencia; Una de ellas es el Centro Estado Oceano para Vivir con Independencia (**OSCIL**) **738-1013** y el segundo es Personas que Activamente Buscan Independencia (**PARI**) **725-1966**.

Estas dos organizaciones prestan o ayudan a conseguir equipo médico duradero como sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, y rampas a personas de bajos ingresos; En algunos casos Medicare o la Asistencia Médica de RI paga parcial o totalmente por estos equipos médicos duraderos.

Personas de 65 años o mayores pueden ser elegibles para servicios comunitarios llamando al DEA al **462-0570**.

También la oficina de rehabilitación del **Departamento de Servicios Humanos** ofrece información sobre como modificar la casa de un minuválido o a obtener equipo de asistencia. Para mas información llame a su oficina local de Asistencia Medica. Otras organizaciones que ofrecen este tipo de asistencia son **TechAccess de RI, 463-0202** y el programa **Relay de RI, 1-800-855-2884**.

CENTRO DE INFORMACION AL CONSUMIDOR:

La oficina de información, referencia, y servicios al consumidor del DEA compuesta de Especialistas de Información al Consumidor entrenados para contestar preguntas, proveer información y referencia, y ofrecer consejería a la creciente población de ancianos de RI. Estos Especialista en Información al Consumidor pueden ayudarlo con inquietudes sobre Asistencia con la Calefacción, Farmaceuticos, Medicare, Medicaid, Seguro Social, Transportación, Estampas de Comida, y muchos otros temas mas. Para mas información llame al **462-4000 (Voice)** o **462-0740 (TTY)**.

SERVICIOS DENTALES:

El **Community College of RI (CCRI)** ofrece limpiezas dentales y rayos X en su campo de Lincoln. Bajo la supervisión de un maestro, los estudiantes de hygiene dental dan estos servicios desde Septiembre hasta Mayo de cada año a un costo de (\$10). Para más información llamar al **333-7250**.

El **Donated Dental** ofrece servicios dentales gratis o a bajo precios a personas mayores y a niños de bajo recursos. Para mas información llame al **728-9448**

El **Centro de Salud Comunitario Northwest** ofrece servicios dentales a residentes de bajos ingresos de Burrillville, Glocester, North Smithfield, y Smithfield. Para mas información llamar al **568-7661**.

El **St. Francis Wellness Center** localizado en el 45 Weybosset Street, Providence, ofrece servicios dentales gratis los miercoles en la tarde.

Para más información llamar al **861-8195**.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS:

Algunas personas que resientemente han salido del hospital o que tienen dificultad para mobilizarse suelen necesitar de equipos médicos como camas de hospital, sillas de ruedas, caminador, o sillas de baños. Medicare usualmente cubre parte de éste costo y Medicaid usualmente cubre el costo por completo. Para mas información llame al **Medicare al 1-800-633-4227** ó al **Departamento de Servicios Humanos al 462-5300 (Voice)** **462-3363 (TTY)**.

POSIBILIDADES EDUCATIVAS:

Los residentes de Rhode Island mayores de 60 años pueden atender cursos sin tener que pagar o pagando tarifas mínimas en algunos colegios del estado siempre y cuando haya asientos disponibles. Para más información llamar al **462-4000**.

SERVICIO DE LOCALIZADOR DE SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES (ELDERCARE LOCATOR):

El Eldercare Locator es un servicio que se ofrece en los Estados Unidos y sus territorios nacionales para ayudar a familiares y amigos a obtener información sobre servicios para personas mayores en la comunidad donde vive. **1-800-677-1116** o visite **www.eldercare.gov**.

ESPECIALISTAS EN INFORMACIÓN DE SU COMUNIDAD:

Los especialistas en información de la comunidad para personas mayores prestan ayuda respondiendo a preguntas e inquietudes de personas mayores con respecto a los servicios disponibles en sus comunidades.

Central Falls: Ralph J. Holden Com. Center	727-7425
Cranston Senior Services	461-1000 x 6255
Coventry Senior Center	822-9474
East Providence Senior Center	435-7800 x 218
Lincoln Senior Center	724-2000
Newport Child & Family Services	848-4185
No. Prov: Salvatore Mancini Center	231-0742
Pawtucket: Leon Mathieu Center	728-7582
Portsmouth Senior Center	683-7943
Providence:	
Davinci Center	272-7474
Diocese of Providence	421-7833x4
Jewish Seniors Agency	621-5374
St. Martin de Porres Center	274-6783
SEDC	274-8811
Urban League	351-5000 x 142
Westminster Senior Center (Español)	274-6900
South Kingstown: The Center	789-0268
Warwick: Pilgrim Senior Center	468-4500
Westerly Senior Citizens Center	596-2404
West Warwick Senior Center	822-4450
Woonsocket Senior Center	766-3734

SISTEMA DE SOCORRO EN EMERGENCIAS:

Los sistemas de socorro de emergencias (ERSs) ofrecen una comunicación rápida que ahorra tiempo vital entre personas que están solas y un centro de comunicaciones. En una emergencia, el cliente llama al ERS apretando un botón que lleva consigo. Para más información llamar al **462-4000**.

ASISTENCIA DE COMIDA:

El programa **Ocean State de Comidas para Personas Mayores** ofrece almuerzos calientes y de nutrición balanceada. Los almuerzos se sirven cinco (5) días a la semana a personas mayores de 60 años o a personas incapacitadas menores de 60 años en 75 comedores en el estado. En caso de una pareja por lo menos uno debe tener 60 años. Las personas mayores, si desean, pueden donar un estipendio para cubrir el costo de la comida, pero no se le niega la comida a ninguna persona que no puede contribuir.

Este programa tambien provee medio de transporte. Es necesario hacer reservaciones con 24 horas de anticipación. Para encontrar el comedor mas cercano a su localidad llame a una de las siguientes agencias:

Blackstone Health/C.O.A.S.I. Northwest RI	725-6444
Meals on Wheels of RI Providence	351-6700
East Bay Community Action East Bay/Bristol, Newport Counties	437-1000
Woonsocket Senior Services, Inc. Northern RI	766-3734
Westbay Community Action Kent/Washington Counties	732-4660

El programa **Comidas Sobre Ruedas**, (Meals on Wheels), entrega al mediodia comidas economicas, calientes y nutritivas a personas mayores débiles, o que estan confinadas a sus domicilios. Para ser elegible, la persona debe tener mas de 60, vivir sola, y sin alguien que pueda ayudarle. En algunas circunstancias especiales, personas incapacitadas pueden ser elegibles. Este Programa agradece la cooperación de nuevo voluntarios. Para más información llame al **351-6700** o **1-888-446-3257** o visite su página de correo electrónico al www.rimeals.org

Cupones de Alimentación: Estos ayudan a que los hogares de bajos ingresos puedan comprar mas alimentos. Elegibilidad para personas mayores de 60 años:

Tamaño de la Vivienda	1 persona	2 personas
Ingresos mensuales despues		
De todas las deducciones	\$1009	\$1354
Ahorros	3,000	3,000

Siertas deducciones de ingreso pueden ser aplicados. Para más información sobre los cupones de alimento usted puede llamar :

Pawtucket/Central Falls	729-5400
	1-800-984-8989
Providence/Cranston	222-7276
South County	1-800-282-7021
Warwick	736-6511
	1-800-282-7021
Woonsocket y Northern RI	235-6300
	1-800-510-6988

En RI también hay otras organizaciones donde personas en necesidad pueden conseguir servicios de comida de emergencia.

El Banco de Comida Comunitario www.rifoodbank.org	942-6325
El Centro de Comida St. Francis	455-3740
La Coalición de RI para Personas sin Hogares	421-6458
Traveler's Aid	521-2255

VISITAS AMISTOSAS:

El **Programa de Visitante Amigo de su Barrio** ofrece compañía y amistad a las personas mayores de todo el estado que están confinadas a sus casas. Los voluntarios visitan, leen, escriben cartas, y charlan con los inválidos o ancianos que necesitan contacto periódico con otras personas. Para más información llamar al **421-7833 x4**. **Senior Action in a Gay Environment** ayuda a homosexuales que pueden estar aislados por medio de intercepción, educación comunitaria, y actividades sociales. Para más información llamar al **751-1487**.

GRUPOS DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA:

Estos grupos llevan a cabo una evaluación medica completa del estado de salud de una persona mayor de 60 años y desarrollan un plan de tratamiento a sus necesidades. Para más información llame a la agencia en su localidad.

East Providence:

RI Mood and Memory Research Institute	435-8950
--	-----------------

Newport:

Newport Hospital Memory Assesment Program	845-1573
--	-----------------

North Providence

Roger Williams Geriatric Consultation Service	231-0450
--	-----------------

Pawtucket:

Memorial Hospital Alzheimer's and Memory Disorder Clinic	729-2483
---	-----------------

Providence:

Butler Hospital Memory and Aging Program	455-6403
---	-----------------

Miriam Hospital Geriatric Practice	793-5151
---	-----------------

Rhode Island Hospital Geriatric Services	444-8054
---	-----------------

CENTROS DE SALUD:

Los centros de salud comunitarios ofrecen servicios de salud a personas de bajos ingresos. Usted paga de acuerdo a sus ingresos. Para más información llame al centro en su comunidad.

Block Island Health Services	466-2125
-------------------------------------	-----------------

Burrillville Northwest Health Services	568-7661
---	-----------------

Central Falls Health Center	724-7110
------------------------------------	-----------------

Coventry Family Health Center	828-5335
--------------------------------------	-----------------

Cranston Family Health Center	943-1981
--------------------------------------	-----------------

East Providence: East Bay Center	437-1008
---	-----------------

Johnston: Tri-Town Health Center	351-2750
---	-----------------

Newport: New Visions Health Center	847-7821
---	-----------------

North Kingstown: Bayside Health Center	295-9706
---	-----------------

Pawtucket: Blackstone Valley Health Center	729-0081
Providence:	
Allen Berry Health Center	444-0570
Capitol Hill Health Center	444-0550
Central Health Center	444-0580
Chad Brown Health Center	274-6339
Fox Point Health Center	444-0530
Olneyville Health Center	444-0540
Chad Brown Health Center	274-6339
Traveler's Aid Crossroads Rhode Island	521-2255
Richmond: Wood River Health Services	539-2461
South Kingstown: Thundermist Health Center	783-0523
Tiverton: New Visions Health Center	625-5197
Warwick: Wilcox Health Center	732-9090
Woonsocket: Thundermist Health Center	767-4100

La Iglesia de St. Francis tiene un centro de salud localizado en al 48 de la Weybosset Street, Providence, 02903 que provee servicios de salud a cualquiera que lo necesite. Para más informacion llamar al **861-8195**.

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO:

El **Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (SHIP)** ofrece gratuitamente información, asesoramiento, y asistencia acerca de los problemas relacionados con seguro médico. Usted puede llamar al 462-0508 o visite la página de correo electrónico al www.medicare.gov para hablar con el especialista en seguros médicos en su area. También, para obtener una lista de los seguros suplementarios para el Medicare o para saber donde esta el consejero de seguros de su comunidad llamar al **462-4000 (Voice)** o **462-0740 (TTY)**

SERVICIOS PARA EL OÍDO Y EL HABLA:

Los centros del Habla y el Oído del **Rhode Island Hospital (444-5485, (TTY) 444-5487)** y del **Memorial Hospital (729-2316, TTY 723-2050)**, y también el Centro del oído y el habla de la **Universidad de RI (874-5969)** diagnostican y tratan problemas relacionados con el oído, el habla, el idioma y la ingestión. También hay instituciones que ayudan a personas a conseguir audífonos y artículos para ayudar a oír mejor, y para mejorar la comunicación como el **Sargent Rehabilitation Center (886-6600), Self Help (886-6625) Voice/TTY**. Además el **RI Relay Service** ayuda a conectar a personas que usan teléfonos de escribir y telebraille para comunicarse por vía telefónica sin cargo alguno las 24 horas del día (**1-800-745-6575**) o TTY (**1-800-745-5555**).

La **Comisión de RI para los Sordos y Personas con Problemas de Oído** coordina un servicio de recomendación de intérpretes e información. Usted puede llamarlos al **222-1204 o (TTY) 222-1205**.

PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LA CALEFACCIÓN (HAP):

El HAP ofrece ayuda económica para cubrir parte del costo de la calefacción. El monto de la ayuda se basa en el número de personas en la vivienda y el nivel de ingresos.

Actualmente los niveles de ingresos son:

1 persona	\$21,105
2 personas	27,600
3 personas	34,094
4 personas	40,588
5 personas	47,082

Para aplicar en su comunidad, usted puede llamar a la agencia en su comunidad

Blackstone Valley CAP 725-8707

Woonsocket residents 765-3258

Comprehensive CAP: Cranston 467-7013

East Bay Community Action: East Bay 437-1000

Tri-Town Community Action: Norhtwest 351-2750

Providence:

Over 60: **Dept.of Elderly Affairs** 462-4000

Under 60: **Prov.CAP** 273-0882

South County CAP 789-3016

Westbay CAP 732-4660

También, información y asistencia con la calefacción es disponible en el

Salvation Army al 421-5270 o en la Oficina del Gobernador al 222-3003.

SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES EN SU CASA:

Visitantes, Amas (os) de Casa, y Enfermeras: Las siguientes organizaciones ofrecen servicios para las personas mayores que necesitan ayuda para permanecer independiente en sus hogares:

Programa de DEA de Cuidado en el Hogar y en la Com. 462-0570

Homefront Health Care 751-3152

Jewish Family Services 331-1244

Newport Family Services 849-2300

Respite Care Services 421-7886

Senior Companion Program 462-0569

CONVERSIÓN DE LA INVERSIÓN NETA DE UNA CASA:

Este programa ofrece a las personas mayores la oportunidad de obtener un préstamo usando la inversión neta en su casa como colateral. Para más información llamar a Rhode Island Housing al 751-5566 o al 1-800-427-5560 o visitando www.rihousing.com.

CUIDADO DE HOSPICIO:

Este tipo de cuidado es para personas que tienen alguna enfermedad terminal. La mayor parte de los servicios de hospicio se ofrecen en la casa pero también hay lugares en que se pueden obtener estos servicios. Para mas información llame al 727-7070 o al 1-800-338-6555.

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA:

Usted debe tener mas de 62 años, (50 en Providence y 55 en Warwick), o ser minusválido para ser elegible para recibir vivienda subvencionada. Prioridad es dada a personas de escasos recursos económicos. En estos apartamentos los inquilinos pagan de renta un 30% de sus ingresos. El Departamento de Ayuda para los Ancianos le puede proveer una lista de apartamentos subvencionados, lista de comunidades residenciales para jubilados, y lista de residencias con asistencia personal. Para obtener una de estas listas llamar al **462-4000 (Voice)** or **462-0740 (TTY)**. Para más información sobre estas viviendas o sobre comprobantes de sección 8 llame a las Autoridades de vivienda de Rhode Island al **751-5566** o al **1800-427-5560** o visite su página de correo electrónico al www.rihousing.com.

Viviendas con Asistencia/Cuidado en Residencias: Estos hogares ofrecen una combinación de vivienda y servicios en un ambiente diseñado para ofrecer alternativas, independencia, y dignidad. Las viviendas con asistencia y hogares de cuidado en residencia ofrecen cuartos o departamentos, comidas, personal disponibles las 24 horas del día, ayuda con el cuidado personal y con los medicamentos, limpieza, lavandería, actividades, y otros servicios en su hogar. Los residentes en general deben poder caminar, (se permite el uso de baston, andadores, y a veces sillas de ruedas), y no necesitan la intensa atención médica y de enfermería que se ofrece en un hogar geriátrico. El costo varia bastante pero, en general, es más o menos la mitad del costo del cuidado en un hogar geriátrico. Para más información o para obtener un lista de más de 70 instituciones en el estado llame al **462-4000 (Voice)** or **462-0740 (TTY)**.

Coalision de RI de Personas sin Hogar: Esta agencia esta localizada en el 790 de la North Main Street, Providece, 02904 y en su publicacion llamada "Street Sheet" numera las viviendas de emergencias para personas sin hogares como también informaciones sobre otros servicios. Para más información llamar al **421-6458** o visite.

www.rihomeless.com.

Traveler's Aid of Rhode Island: localizado en el 177 de la Union Street, Providence, 02903, provee información y referencias sobre servicios para las personas sin hogares y personas en transición. Para más información llamar al **521-2255**.

Comunidades de Cuidado Continuo: Este programa ofrece una serie de opciones de viviendas desde Vivienda con Asistencia hasta Hogares Geriátricos. Para mas información llame al **462-0535**.

El Servicio de Improvisación de Viviendas con plomo: Ofrece préstamos con intereses bajos para reparaciones de sus casas a personas que qualifican. Para más información llame al **450-1344**.

El U.S.D.A. Desarroyo Rural: provee subsidios y préstamos para reparaciones de casas a personas que qualifican. Para más información llamar al **826-0842**.

IDENTIFICACIÓN:

El Departamento de Servicios para Personas Mayores ofrece tarjetas de identidad a los residentes de RI mayores de 60 años, o a personas minusválidas de edades entre 18 a 59 años. Estas tarjetas contienen su nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, y su firma. Estas sirven como prueba válida de identificación para cambiar cheques y otras transacciones bancarias en las que se usan fondos gubernamentales de menos de \$750 dólares en las instituciones financieras de RI. Estas tarjetas se otorgan los días de semana en la oficina del DEA en Cranston de 9 de la mañana a 3 de la tarde. Personas mayores de 60 años deben mostrar prueba de edad, como una licencia o un certificado de nacimiento, o un pase de la guagua.

Las personas minusválidas deben mostrar una carta reciente del Seguro Social o del Departamento de Veterano que muestre ser inválido. Se solicita una donación de \$2 dólares por cada tarjeta de identificación. Para más información llamar al **462-4000 (Voice)** or **462-0740 (TTY)**.

El Departamento de Registración de Vehículos de RI también ofrece tarjetas de identificación a personas de 59 años en adelante.

Las horas de oficina del Departamento de Registración de Vehículos es de 8:30 de la mañana a 4:00 de la tarde. Para más información llamar al **722-4407**.

SERVICIOS LEGALES:

Tanto la oficina del **DEA (462-0537)**, como también el programa de **RI de Servicios Legales para Personas Mayores, (274-2652)**, o **272-5335 (TTY)** o **1-800-662-5034** al igual que el **Servicio de Información Legal y de Recomendaciones para Personas Mayores de la Agencia de Abogados Profesionales de RI, (521-5040)**, o **421-1666 (TTY)** ofrecen asistencia legal a personas mayores de 60 años. Se aceptan llamadas por cargo.

Directivos Avanzados son documentos por escrito que indican que clase de cuidado médico usted desea o no desea recibir en caso que usted no sea capaz de comunicar sus deseos. Los Directivos Avanzados pueden ser cancelados en cualquier momento.

El **Poder Imperecedero Para el Cuidado de Salud** le permite a un adulto nombrar a un representante quien, cuando surja la necesidad, tome decisiones en nombre del paciente sobre la atención médica a recibir.

Por medio de un **Mandato en Caso de Incapacidad**, una persona autoriza al médico a no comenzar, o a cesar, tratamiento para continuar la vida si esto solo va a prolongar el proceso de morir. El agente del DEA a cargo del desarrollo de servicios legales puede darle más información sobre estos documentos como también puede hacer charlas informativas a grupos de personas mayores llamando al **462-0537**. Usted puede conseguir copias de estos documentos llamando al **462-4000 (Voice)** or **462-0740 (TTY)**.

El **Aconsejador Legal** del DEA puede aclarar cualquier duda que usted pueda tener en referencia a los documentos mencionado previamente llamandolo al **462-0537**.

El programa **Comfort One** autoriza a que el personal de primeros auxilios respete los deseos de un paciente que padece una enfermedad o lesión mortal para que no se trate de resucitarlo en sus últimos momentos de vida. Para más información llamar al **222-2401**.

ASISTENCIA MEDICA (MEDICAID):

La Asistencia Médica (Medicaid) paga por el cuidado médico necesario de personas de mas de 65 años o de personas ciegas o minusválidas.

Eligibilidad	Individual	Pareja
Ingreso Mensual	\$796	1,061
Ahorros	\$4,000	\$6,000

Seguro de Vida: \$4,000 por persona

Aunque sus ingresos superen las cifras anteriores, usted puede ser un candidato para una prueba para determinar su elegibilidad.

Solicite Asistencia Médica en la oficina del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** más cercano a usted:

Cranston y comunidad aledaña	462-6500
East Providence y Pawtucket	729-5400
Johnston y comunidad aledaña	222-5666
Newport/Aquidneck	849-6000/1-800-675-9397
Providence	222-7000
Comunidad sureña	267-1030/1-800-862-0222
Warwick y comunidad aledaña	736-6511
Woonsocket y comunidad aledaña	235-6300/1-800-510-6988

Si usted tiene preguntas o desea una aplicación, llame la **línea de información del DHS** al **462-5300** o (TTY) **462-3363**.

MEDICARE:

El seguro de hospital de Medicare (parte A) ofrece protección básica del costo del cuidado necesario en un hospital, o en un lugar con enfermeras capacitadas, en casa, o para el cuidado en los hospicios.

El Medicare (parte B) ofrece protección suplementaria contra los precios de servicios médicos y de los proveedores de atención médica. La cuota mensual para el 2005 es de \$78.20 Solicite Medicare en la oficina del Seguro Social tres meses antes de cumplir 65 años. Para más información sobre Medicare llame al **1-800 MEDICARE (633-4227)** o visite su página de correo electrónico al www.medicare.gov.

Para reportar fraude de Medicare llame al **1-888-684-7200** o la **Oficina del Abogado General al 274-4400x2280**. Si tiene quejas sobre servicios médicos equivocados o inadecuados puede llamar a RI Quality Partners. Esta organización se dedica a mejorar la calidad del cuidado y tratamiento de los beneficiarios de Medicare. Para más información llámelos al **528-3200**.

PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE:

Los programas de Beneficiarios Elegible de Medicare, (QMB), el Beneficiario Denominado por Bajos Ingresos (SLMB), e individuos Elegibles-1 (QI-1) pagan la prima mensual de Medicare Parte B, (\$78.20), de aquellos beneficiarios elegibles.

	Individual	Pareja
Monthly income QMB:	\$796.00	1,061.00
SLMB:	951.00	\$1,269.00
QI-1	1,068.00	1,426.00
Ahorros:	\$4,000.00	\$6,000.00

El qualificar para alguno de estos programas podria aumentar sus ingresos lo cual podria afectar la elegibilidad para Asistencia Médica. Para más información llame **la línea de información del Departamento de Servicios Humanos al 462-5300 o (TTY) 462-3363.**

SALUD MENTAL:

Las clínicas comunitarias de salud mental ofrecen servicios de salud mental y servicios de consejeria. Para más información sobre la agencia de salud mental en su comunidad llamar al **462-4000 (Voz) o 462-0740(TTY).**

La Asociación de la Salud Mental de RI (726-2285) suministra información y referencia sobre servicios para la salud mental y grupos de apoyo, distribuye material educacional e intercede para mejorar los servicios de salud mental.

La Iglesia de St. Francis y el Ministerio de Consejería de la ciudad (331-6510) pueden ofrecer consejeria de salud mental a personas mayores a precio determinado por sus ingresos.

El Jewish Family Service (331-1244) provee consejeria individual y familiar para personas mayores.

Servicios de Familia de RI , P. O. Box 668, Providence, RI 02940. 331-1350.

Los Samaritanos de RI (272-4044) o (1-800-365-4044) ofrecen un programa de prevención de suicidios que ayuda a las personas antes de que se sientan suicidas y a quienes estan pensando suicidarse.

DEA puede ofrecer información y guia para ancianos y sus familias que estén pasando por problemas de alcohol, drogas, u otros problemas aditivos. Para mas información llame al **462-0535.**

Butler Hospital Senior Treatment Program 455-6220

Roger Williams Medical Center 1-800-252-6466 o 456-2363

Veterans Admisnistration Medical Center 457-3083

SSTAR of RI 1-800-747-6237

Personas con problemas de juegos pueden llamar las 24 horas al **1-877-942-6253.** Si desea conseguir una lista de los grupos de apoyo para personas con problemas de juego llame al **886-6850.**

PROGRAMA NACIONAL DE AYUDA PARA PERSONAS QUE CUIDAN A UN FAMILIAR:

Este programa provee cinco (5) ayudas básicas a personas a cargo del cuidado de un familiar mayor de edad. Estas ayudas son: información, asistencia, consejería, alivio temporal, y servicios suplementarios. Rhode Island ha desarrollado el **Partners in caRing** para ayudar a las familias que cuidan a un familiar. Para más información sobre este programa llame al **462-3000**. También, usted puede visitar la página de correo electrónico al www.aoa.gov para obtener más información sobre la iniciativa federal para este programa.

PARENTES SIRVIENDO DE PADRES/CAMPAMENTO PARA NIÑOS:

Este programa ayuda a los abuelos y otros parientes sirviendo de padres y los asiste con servicios y soporte. Por medio del Campamento para Niños, se ofrece descanso para los guardianes y becas y recreación para los niños en el verano. Para más información sobre este programa llame al **DEA al 462-0507** o a una de las siguientes agencias en su comunidad:

Comprehensive CAP	967-9610
ChisPA	467-0111
Recursos de Familia de la Comunidad	766-0900
El YMCA de Providence	456-0100 x 115
Centro para Personas Mayores de West Warwick	822-4450
Ciudad de Warwick	738-7832

HOGARES GERIÁTRICOS:

Si se reúnen todos los requisitos, Medicare ofrece beneficios limitados para recibir cuidado y tratamiento en residencias con enfermeras. Llame a la **Oficina de Cuidado a Largo Plazo del Departamento de Servicios Humanos** para recibir más información sobre la cobertura de Asistencia Médica en un hogar geriátrico.

Cranston	462-5182
East Providence	222-7311 o 222-7000
Newport	849-6000/1-800-675-9397
Providence/Ea.Prov.	222-7000 o 222-7311
Woonsocket	235-6300/1-800-510-6988

El **Departamento de Salud (222-2566) Voice/TTY** mantiene una lista de hogares geriátricos e investiga casos de abuso a los pacientes. Solicite un folleto titulado **“Atención Médica y Como Pagar por un Hogar Geriátrico”** llamando al **DEA al 462-4000(Voice) o 462-0740 (TTY)**.

La agencia gubernamental que representa y defiende los intereses de residentes en asuntos de cuidado y tratamiento a largo plazo es la **Alianza para Mejorar el Cuidado a Largo Plazo (785-3340)**, la cual indaga e investiga quejas y preocupaciones de los residentes y familiares relacionados con este tema.

Para más información sobre hogares geriátricos usted puede contactar la **Asociación de Salud de RI (732-9333)**.

La **Asociación de RI para Facilidades y Servicios para Personas Mayores (490-7612)**. También puede obtener información en la página de correo electrónico de Medicare al www.medicare.gov. Finalmente, el Departamento de Salud de RI ofrece una comparación de los hogares geriátricos y de la calidad del cuidado que ofrecen. Para conseguir esta información llame al **Departamento de Salud al 222-2566** o visite su página de correo electrónico al www.healthri.org

AGENTE DEL GOBIERNO QUE INVESTIGA QUEJAS DEL CUIDADO A LARGO PLAZO (OMBUDSMAN):

Este programa ayuda a abogar, mediar, y resolver problemas en Casa de Ancianos, Facilidades con Asistencia al Diario Vivir, y también quejas en los Hospicios. El Ombudsman del estado es responsable de investigar quejas de cuidado inadecuado como también abuso sufrido por ancianos que usan servicios de cuidado a largo plazo. Para mas información llame a la **Alianza Para Mejor Cuidado a Largo Plazo al 785-3340** o visite www.bulletinboards.com (**palabra secreta ABLTC**). También ésta agencia investiga quejas sobre el **Cuidado en Casa** que personas reciben por medio de agencias con licencia para prover éste tipo de servicios.

PROGRAMA DE MEDICINAS GRATUITAS:

El **Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores de RI (RIPAE)** paga una porción del precio de las recetas médicas para tratar el mal de Alzheimer, diabetes (incluyendo la insulina y las jeringas para inyectar la insulina), problemas del corazón, depresión, antibióticos, mal de Parkinson, presión alta, cancer, incontinencia urinaria, insuficiencia circulatoria, colesterol alto, asma, problemas respiratorios crónicos, Osteoporosis, glaucoma, y vitaminas y suplementos minerales recetados para los pacientes renales. RIPAE es para las personas mayores de 65 años, residentes de RI, y con ingresos menos de \$39,516 para personas solteras y \$45,161 para personas casadas. Dependiendo de cuanto específicamente son sus ingresos, usted, puede obtener un 15%, 30%, o 60% de descuento en las medicinas para las condiciones mencionadas previamente. En las medicinas, aprovadas por la FAD, para todas las otras condiciones médicas, usted recibira el precio de descuento del estado, el cual seria aproximadamente de un 10% a un 12%.

También las personas deshabilitadas entre 55 y 59 años, recibiendo ingresos de discapacidad de la oficina del Seguro Social, con ingresos de menos de \$39,516 para los solteros y \$45, 161 para los casados pueden aplicar por RIPAE y recibir 15% de descuento en las medicinas cubiertas por RIPAE como también el precio de descuento del estado mencionado previamente para las medicinas no cubiertas por el programa. Para más información llame al **462-4000 (Voice) o 462-0740 (TTY)**.

Algunas compañías farmacéuticas ofrecen medicinas gratis a pacientes que tienen dificultades economicas. Cada una de estas compañías tiene sus propias criterios de elegibilidad. Las medicinas disponibles son generalmente las que se usan para tratar enfermedades crónicas. Puede llamar al **462-4000** para más información.

El Centro de Recursos para la Educación sobre Medicinas de URI (1-800-215-9001) ayuda a pacientes de cualquier edad y a los médicos a obtener medicinas gratis.

La Línea Directa de Medicinas de URI (1-800-287-5571) suministra información sobre reaccion a distintas medicinas y la interacción entre ellas. Detalles sobre otros programas de asistencia para medicinas pueden ser encontrado visitando www.needymeds.com.

Tarjetas de Descuentos de Medicare: Beneficiarios de Medicare pueden aplicar para obtener hasta \$600.00 para sus medicamentos si sus ingresos son menos de \$12,569 si es soltero y menos de \$16,682 para una pareja. Este programa terminara este año. Si sus ingresos son mas de los mencionados anteriormente, usted puede aplicar para obtener una tarjeta de descuentos privada aprobada por Medicare.

En le 2006 empezara el programa de ayuda de medicinas de **Medicare Part D**. Para mas información sobre estos programas puede llamar a departamento de Medicare al (1-800-633-4227) o visite su página de correo electronico al www.medicare-gov. también puede llamar al oficina de información, referencia, y asistencia al consumidor del DEA al **462-4000 (Voice)** o **462-0740 (TTY)**.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN:

La unidad de Protección de Personas Mayores del DEA investiga las quejas sobre abusos físicos, emocional, sexual, explotación económica, abandono, o negligencia a los residentes de RI mayores de 60 años cometidos por un familiar o una persona que tiene la obligación de cuidarlos. La ley de Rhode Island demanda que cualquier persona que crea que existe causa como para sospechar una situación en que se esta abusando de un anciano debe informar al DEA. Si usted no reporta el abuso o sospecha de abuso o negligencia a cualquier persona mayor de 60 años podría ser multado hasta \$1,000. Para más información o para reportar abuso o sospecha de abuso o negligencia, llamar al **462-0555**.

PUBLICACIONES:

El Departamento de Servicios para personas mayores de RI ofrece publicaciones sobre cualquier tema que se refiera a las personas de tercera edad como son el periodico The Older Rhode Islander. También éste departamento publica reportes especiales llamados Rhode Island Senior Beat. Además éste departamento tiene un programa de televisión llamado Senior Journal los Domingos a las 5:00pm, Lunes a las 7:00pm y Martes, Miercoles y Jueves a las 11:30am en el canal interconectado A. Para mas información sobre cualquiera de estas publicaciones usted puede llamar al **462-0509**.

ALIVIO TEMPORAL:

Se denomina Alivio Temporal al alivio que se da a las personas que están a cargo de cuidar a una persona mayor que no puede cuidarse a sí misma. Este servicio se ofrece dentro de la casa donde reside la persona mayor, o se lleva temporalmente a ésta persona a otro lugar. El Alivio Temporal se ofrece por medio de dos programas:

Subsidio para Alivio Temporal ofrece alivio temporal a la persona encargada de cuidar a una persona mayor de 55 años y que necesita asistencia para su cuidado personal.

El Programa de Amos (as) de Casa ofrece servicios a un costo de \$7/8 pesos por hora para cualquier persona mayor de 55 años o incapacitado de cualquier edad y con ingresos dentro de los límites de RIPAE. Para más información sobre estos dos programas llame al **421-7833x4**.

Hospice Care of RI (727-7070) ofrece alivio temporal en casos de personas enfermas de muerte.

CENTROS PARA PERSONAS MAYORES:

Los centros para personas mayores ofrecen oportunidades para trabajar como voluntario, actividades recreativas, actividades en grupo, asesoramiento, información, recomendaciones, y educación para adultos. Algunos centros ofrecen almuerzos calientes, transporte, y servicios de salud.

Las siguiente es una lista de estos centros en el estado de Rhode Island:

Barrington Senior Center	247-1926
Bristol: Benjamin Church Senior Center	253-8458
Central Falls: Ralph J. Holden Community Center	727-7425
Charlestown Senior Center	364-9955
Coventry Senior Center	822-9175
Cranston Senior Center	461-1000
Cumberland Senior Center	334-2555
East Greenwich Senior Center	886-8669
E. Providence Senior Center	435-7800
Jamestown Senior Center	423-2658
Johnston Senior Center	944-3343
Lincoln Senior Center	723-3270
Middletown Senior Center	849-8823
Narragansett Senior Center	782-0675
Newport:	
Edward King House	846-7426
Florence Gray Senior Center	849-7243
Martin Luther King Center	846-4828
North Kingstown Senior Center	268-1590
North Providence: Salvatore Mancini Center	231-0742
Pawtucket: Leon Mathieu Senior Center	728-7582
Portsmouth Senior Center	683-4106
Providence:	
DaVinci Senior Center	272-7474
East Side Senior Center	272-4632
Elmwood Senior Center	461-7940
Federal Hill Community Center	421-4722
Fox Point Senior Center	751-2217
Hamilton House	831-1800
Hartford Park Senior Center	521-1180
Jewish Community Center	861-8800
Nickerson House Senior Center	351-2241
Silver Lake Center	(V/TTY) 944-8300
Lillian Feinstein Senior Center	455-3888
St. Martin dePorres Senior Center	274-6783
Washington Park Center	461-6650
Westminster Senior Center	274-6900

Smithfield Senior Center	949-4590
South Kingstown: The Center	789-0268
Tiverton Senior Center	625-6790
Warren Senior Center	247-1930
Warwick:	
Buttonwoods Senior Center	732-0140
JONAH Community Center	739-1305
Pilgrim Senior Center	463-3474
West Warwick Senior Center	822-4450
Westerly Senior Center	596-2404
Woonsocket Senior Center	766-3734

INTERCESORES DE PERSONAS MAYORES CON LA POLICIA:

Los intercesores con la policía reciben entrenamiento especial relacionado con la seguridad de las personas mayores. Ellos (as) son a quiénes las personas mayores deben llamar si están preocupados por los delitos en su comunidad. Para más información sobre la persona, en el Departamento de Policía de su comunidad, encargada de resolver problemas relacionados con las personas mayores usted puede llamar al 462-4000.

DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE PERSONAS MAYORES:

El servicio de Empleos para Personas Mayores del DEA ofrece sus servicios de conectar a personas mayores de 55 años con puestos vacantes. Este Programa Comunitario de Empleos para Persona Mayores ofrece entrenamiento a través de posiciones en agencias sin fines de lucro. Los participantes ganan sueldo mínimo, trabajan 20 horas a las semanas, y desarrollan habilidades para desempeñar empleos futuros. El propósito principal de este programa es eventualmente conseguir empleo permanente y de tiempo completo para los participantes. Para más información llamar la organización en su comunidad:

Departamento de Asuntos de Personas Mayores	462-0542
East Bay Community Action	437-1008
SER For Progres	724-1820
Westbay Community Action	732-4666x120

SEGURO SOCIAL:

Su oficina de Seguro Social es su fuente principal de información para el Seguro Social, el Ingreso Suplementario de Seguro (SSI) y la participación en Medicare. Para más información usted puede visitar su página de correo electrónico al www.ssa.gov. o llamar al **número nacional de Seguro Social (1-800-772-1213)**, o la oficina de su comunidad:

Newport	849-3487
Pawtucket	724-9611
Providence	528-4501
Warwick	822-1463
Westerly y comunidades aledañas	1-860-443-8455
Woonsocket	766-8423

INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIA (SSI):

El SSI ofrece pagos suplementarios a las personas mayores de 65 años o si son ciegas o minusválidas. Los que reciben SSI son elegibles para Asistencia Médica, Servicios de amas (os) de casa si fuese necesario, gastos de mudanza, descuentos en la tarifa de teléfono, audífonos si fuesen necesarios, rebajas en la cuenta corriente eléctrica, y asistencia por parte de un trabajador social. Una persona soltera puede recibir hasta un máximo de \$656 y una pareja hasta \$997 siempre que la soltera no tenga mas de \$2,000 y una pareja no mas de \$3,000 en recursos. Solicite SSI llamando la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**.

INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS/TAXES:

Todas las ciudades y pueblos de RI ofrecen algun tipo de excepción o reducción de impuestos a residentes mayores que cumplen con ciertos requisitos de edad, ingresos y residencia. El programa Tax Relief de RI ofrece hasta \$250 a los residentes de RI, dueños de casas o que renten siempre y cuando sus ingresos para la familia entera sea menos de \$30,000. Si usted cree que cumple con estas cualificaciones debe aplicar entre Enero 1 y Abril 15. Para más información sobre impuestos estatales, llame a la **División de Impuestos de RI al 222-1040** o visite www.tax.state.ri.us. Si necesita información sobre **Impuestos federales**, llame al **1-800-829-1040** o (TTY) **1-800-829-4059** o visite www.irs.gov.

También el **AARP** en cooperación con el **DEA** ofrece información y asistencia para llenar los Impuestos los meses de Febrero hasta Abril de cada año a personas mayores de 60 años o minusválidos. Para más información llame al DEA al **462-4000**.

TRANSPORTE:

RIDE ofrece servicios de transporte para aquellas personas mayores de 60 años o para minusválidos de menos de 60 años que cumplen con ciertos requisitos. El transporte está generalmente disponible durante la semana para ir a citas médicas, terapia, análisis y pruebas médicas, cuidado diurno de personas mayores, diálisis de riñón, tratamientos para el cancer, y lugares para recibir almuerzos. Actualmente este programa requiere de cuatro a seis semanas de anticipación. Para más información llamar a **RIDE al 461-9760** o **1-800-479-6902** o **DEA al 462-4000**.

También las siguientes organizaciones en su comunidad proveen transportacion a las personas mayores:

Barrington	247-1926
Bristol	253-8458
Burrillville	568-4440
Central Falls	724-6021
Coventry	822-9175
Cranston	943-3341
Glocester	568-2533
Lincoln	723-3270
Narragansett	782-0675

North Kingstown	268-1590
North Providence	231-0749
North Smithfield	765-3535
Pawtucket	725-8220
Scituate	647-2662
Smithfield	949-4590
South Kingstown	789-0268
Warren	245-8140
Warwick	463-3474

Servicios de Transporte-Servicios de RIPTA (Departamento de Transporte de Rhode Island) y Servicios de Transporte Paralelo de ADA:

Los minusválidos de RI de todas la edades pueden participar en los servicios de transporte ADA (Acta para los Americanos con Minusvalía). Para más información llamar al **784-9553**.

Programa de Pases de Autobuses de RIPTA:

Para personas mayores de 65 años los pases para el autobus cuestan \$5 y valen por 5 años. Los pases para los minusválidos que cumplen con ciertos requisitos cuestan \$2 y valen por 2 años. Con este pase, la tarifa durante las horas de poco pasajeros, fines de semana y feriados es la mitad de la tarifa normal. Los que poseen un pase y estan afiliados a Asistencia Médica o a RIPAE, o que tienen ingresos por debajo del límite de RIPAE, pueden afiliarse al programa “sin tarifa” y viajar gratis todo el tiempo. Para más información llamar a RIPTA al **784-9500**. Para más información usted puede visitar la página de correo electrónico de RIPTA al www.ripta.com.

Finalmente, **El Departamento de Servicios Humanos** ayuda a personas que poseen Medicaid con transportación para los servicios cubiertos por el Medicaid pero que no sea de emergencia. Para mas información puede llamar al **784-3899**.

VOLUNTARIOS:

El **Programa de Jubilados Voluntarios (RSVP)** ofrece a las personas mayores de 60 años a que ofrezcan como voluntarios su entusiasmo, habilidad, y experiencia. Los voluntarios prestan servicio en hospitales, centro de cuidados diurnos, agencias del gobierno, centros Head Start, y en las escuelas. Para más información llame la organización de su comunidad:

Blackstone Valley RSVP	723-4520
Capitol Region RSVP	421-7472
Cranston RSVP	461-1000
East Bay RSVP	435-7876
Seniors Helping Others	789-2362
West Bay RSVP	732-4660
Woonsocket RSVP	766-2300

La **Organización de Ejecutivos Jubilados (SCORE)** esta compuesta de ejecutivos de negocios jubilados que prestan sus servicios de forma voluntaria para ofrecer consejeria a negocios pequeños enfrentando dificultades. Para más información llamar al **528-4571** o visite www.score.org

El Departamento de Ayuda para Personas Mayores ofrece el programa de **Volunteer Guardianship** (Protección Voluntaria), por medio de Meals on Wheels (Comidas sobre Ruedas). Este programa entrena voluntarios para servir como protector voluntario de los intereses de una persona que no está mentalmente capacitada para tomar decisiones por sí misma para protegerse o proteger sus intereses.

Para más información puede llamar al **351-6700** o al **1-888-446-3257**.

Programa de Voluntarios que Reciben Estipendio o Remuneración Monetaria:

Algunos programas de voluntarios del Estado de Rhode Island reciben un estipendio que no paga impuestos, y otros beneficios, mientras que prestan servicios a clientes 20 horas semanales. Algunos de estos programas son:

Programa de Compañía para Personas Mayores:

Este programa presta servicios a personas mayores débiles y aisladas en su hogar o en centro diurnos para adultos, ayudando a resolver problemas y reforzar el amor propio. Estos voluntarios no cuidan de las personas en su hogar, no son choferes, o trabajadores sociales. Son compañeros que ayudan a vivir con más entusiasmo. Para más información llamar al **462-0569**.

El **Programa de Abuelos Adoptivos de Providence** ayuda a los niños de Providence con necesidades especiales. Para más información llame al **421-1095**. El **Programa de Abuelos Adoptivos de Rhode Island** se dedica a las necesidades particulares de los niños de todo el estado. Estos Abuelos Voluntarios regalan sus servicios en lugares tales como escuelas, guarderías diurnas, y hospitales.

Para más información llame al **822-4450**.

Tercera Edad y Desarrollo

Edición 1 • Agosto 1998

Año Internacional de las Personas de Edad

El Año Internacional de las Personas de Edad de la ONU, que empieza en octubre de 1998, es una oportunidad única para enfocarse en la tercera edad como una cuestión de desarrollo.

Se estima que para fines de este siglo el promedio de vida de un individuo aumentará unos 20 años. Para no desperdiciar estos años, políticas deben apoyar la capacidad de las personas mayores y apreciar su contribución al desarrollo.

El objetivo global del Año Internacional es promover los Principios de la ONU en favor de las Personas de Edad, adoptados en 1991, que son basados en: independencia; participación; cuidados; autorrealización; dignidad.

El enfoque para las actividades dentro del sistema de la ONU es:

- * situación de las personas de edad
- * desarrollo permanente de las personas
- * relaciones multigeneracionales
- * desarrollo y envejecimiento de la población.

La ONU ha lanzado un boletín, *Countdown to 1999*, y reformulado el Boletín sobre Envejecimiento para promover el Año Internacional. Manténgase al corriente con iniciativas internacionales para 1999 en el Internet: [http:// www.un.org/dpcsd/dspd/ageing](http://www.un.org/dpcsd/dspd/ageing)

En esta edición:

- El Envejecimiento Global en el Siglo XXI
- La Vejez No Implica Dependencia
- Acción y Tercera Edad
- Género y Vejez
- La Red "Tercera Edad y Desarrollo"

Tercera Edad: la cuestión de desarrollo olvidada

Al empezar el Año Internacional de las Personas de Edad (AIPE), el 1º de octubre de 1998, el Presidente sudafricano, Nelson Mandela, tendrá 80 años. Este hecho le coloca dentro de la categoría de "la cuarta edad", probablemente la última y más marginalizada minoría del mundo.

Entre sus cualidades más remarcadas tanto por los admiradores como por los críticos de Mandela, la edad casi nunca consta. Sin embargo para muchos de los 550 millones de personas que tienen más de 60 años alrededor del mundo, la edad es una clasificación que vuelve invisibles otros aspectos de sus vidas.

Las necesidades y contribuciones significantes y variables de las personas mayores son por rutina desatendidas en desarrollo, de la misma manera que las cuestiones

"minoritarias" de antes, como género, el medio ambiente y los derechos de los niños son ahora consideradas de una forma rutinaria.

para muchas de los 550 millones de personas que tienen más de 60 años alrededor del mundo, la edad es una clasificación que vuelve invisibles otros aspectos de la vida.

Más de la mitad de las personas mayores en el mundo viven en países en vías de desarrollo. Se espera que para el año 2025 el 58% del total

global de la población mayor vivirá en Asia. Entre las poblaciones mayores a través del mundo el grupo que crece más rápidamente es el de las personas mayores de 80 años.

Se teme que el impacto de este envejecimiento global será una carga, medida en términos de la demanda en atención sanitaria, ingresos y apoyo familiar. Los beneficios casi no se perciben pero incluyen una abundancia de pericia y experiencia que llevan las personas mayores al trabajo, la vida pública y la familia.

Sigue en la página 3

Tercera Edad: ¿por qué este boletín?

La capacidad de las personas mayores de seguir apoyándose a si mismas y de contribuir al bienestar de otros significará una diferencia crucial para la prosperidad y la seguridad de todos los países del mundo. Al mismo tiempo, la disponibilidad de sistemas de apoyo apropiados para la tercera edad se vuelve cada vez más importante con el envejecimiento de las poblaciones.

La Tercera Edad es una cuestión central en desarrollo que ha sido desatendida durante demasiado tiempo.

En "Tercera Edad y Desarrollo" esperamos que toda la gente interesada en el desarrollo y la erradicación de la pobreza encontrará cuestiones muy interesantes. TEyD abarcará temas de investigación; noticias de ONGs, gobiernos y agencias de asistencia; y el progreso para hacer central el tema de la tercera edad en proyectos, políticas e instituciones.

Véase la página de atrás para un cupón y más información sobre la Red "Tercera Edad y Desarrollo".

Breves

“ Existe la creencia generalizada, compartida por muchas personas mayores, que la vejez es una enfermedad de la cual nos contagiamos a los sesenta años y de la que no nos libramos nunca. Pero la pobreza continúa siendo la peor enfermedad para las personas mayores en el mundo en vías de desarrollo y no la vejez ”

Observaciones preliminares en un seminario sobre la Vulnerabilidad Nutricional de las Personas Mayores.



La Sociedad Gerontológica Africana (AGES International) celebrará su 3º Taller Regional en Nairobi del 10 al 17 de abril de 1999. El taller, titulado **El Envejecimiento en Sociedades Cambiantes: África hace preparativos para el próximo milenio** examinará la migración, la pandemia del SIDA, conflicto y violencia, estructuras domésticas cambiantes y cuestiones de bienestar social. Comuníquese con: Profesora Nana Apt, Fax: +233 (21) 50-0940, E-mail: csps@ncs.com.gh



El Día Mundial de la Salud de la OMS el 7 de abril de 1999 tendrá como tema "el envejecimiento saludable".



“ A diferencia de otros cambios sociales y económicos mayores, con el envejecimiento es posible predecir con cierto grado de confianza. Esto brinda a los que formulan políticas una oportunidad de desarrollar y adaptar las estrategias para satisfacer las necesidades de la tercera edad de mañana. Si esto no se hace, entonces podría ser el envejecimiento demográfico la próxima crisis en el mundo en vías de desarrollo ”

Peter Lloyd Sherlock

El Envejecimiento Global en el Siglo XXI

Como resultado del descenso en la mortalidad y los niveles de fertilidad más bajos y más estables, se espera que la proporción de personas mayores de 60 años en las regiones en vías de desarrollo aumente del 7% a más del 12% de la población para el año 2025. El número de personas mayores se duplicará - de 330 millones a 855 millones.

Este incremento sucede con una velocidad inaudita. La población de Francia tardó 115 años en aumentar del 7 al 14% de la población. En algunos países en vías de desarrollo, ese nivel de cambio ocurrirá en tan solo 20 años. En ese período, por ejemplo, en Bangladesh, el número de personas mayores aumentará de 6 millones a 17 millones (el 10% de la población total).

En algunos países de Africa subsahariana, se espera que la proporción de personas mayores

disminuya durante los próximos 25 años, pero el número efectivo aumentará significativamente.

La Cuarta Edad

El número de personas mayores de 75 años aumenta también en los países en vías de desarrollo. En la India una de cada cien personas tiene más de 75 años y se espera que esta cifra aumente al 2.5% para el año 2025. Es un mito que en los países en vías de desarrollo con baja esperanza de vida, no existen poblaciones mayores. Una mujer de 65 años en Bangladesh puede esperar vivir unos 13 años más.

Datos obtenidos en gran parte de las publicaciones producidas bajo los auspicios de Kevin Kinsella, Oficina del Censo de los EE.UU., Instituto Nacional sobre Envejecimiento (ver Contactos, página 7).

se espera que la población de personas mayores de 60 años en las regiones en vías de desarrollo se incremente del 7% a más del 12% de la población general para el año 2025

El Envejecimiento Saludable es un Imperativo Político

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja para concienciar sobre las oportunidades para movilizar las capacidades de las poblaciones mayores en la política social y económica. Para consolidar el trabajo de la Cumbre de Legisladores Latinoamericanos sobre Envejecimiento celebrada en Montevideo en 1997, propone un evento parecido para mayo de 1998 en el Caribe.

El foro caribeño reunirá a oficiales superiores de los ministerios responsables de servir a las personas mayores, junto con representantes de organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales. El objetivo será el de construir sobre la experiencia regional identificando modelos de buena práctica para mantener la salud y la autonomía de las personas mayores. El foro pretende preparar un borrador de un Fuero Caribeño sobre Salud y Envejecimiento en preparación para el Año Internacional de las Personas de Edad. Más tarde en el año, en una conferencia Panamericana de ministros de la salud, la OPS movilizará el interés y la voluntad política para un plan de cuatro años sobre el envejecimiento saludable.

La OPS sostiene que los gobiernos necesitan revisar sus pensamientos: una población que envejece es un recurso y no una carga - pero se convertirá en una carga a menos que la política y las inversiones se enfocan en la capacidad de las personas mayores.

La OPS a su vez co-auspiciará una conferencia sobre Tercera Edad y Desarrollo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en la cual usarán los resultados de una encuesta piloto para demostrar los réditos de inversiones apropiadas en tercera edad y desarrollo.

Para mayor información, comuníquese con Martha Peláez: pelaezma@paho.org

Breves



Género y Envejecimiento (Dic 97) es un resumen de 8 páginas que analiza datos y tendencias demográficas, producido por el Centro de Programas Internacionales (IPC) de la Oficina del Censo de los EE.UU. Ediciones futuras abarcarán la salud, la seguridad económica, la provisión de cuidado y las respuestas societales ante la tercera edad. Otro papel en la serie examina **Las Tendencias del Envejecimiento en Africa del Sur** (Ago 97). Comuníquese con la Oficina del Censo de los EE.UU. (ver Contactos, página 7).



Tercera Edad y Política Social, Comparaciones Globales, edición de Peter Lloyd Sherlock y Paul Johnson es una colección de artículos estimulantes sobre tercera edad y desarrollo. LSE. Coste £5.00 E-mail: j.ruff@lse.ac.uk



Enfrentando los Desafíos de las Poblaciones que Envejecen en los Países en Vías de Desarrollo es el informe final de la reunión de un Grupo de Expertos celebrada en Malta en octubre de 1995. Expone las recomendaciones para el desarrollo sostenible de las personas mayores en países en vías de desarrollo, y comprende políticas nacionales, la familia, las mujeres mayores, la salud, la seguridad social, el empleo y el apoyo internacional. Publicado por INIA, Malta (ver Contactos, página 7).



La crisis del envejecimiento en los países menos desarrollados: ¿crisis para quién? Cuestiones de concepto y política es el Documento de Trabajo No 251 de Mahmood Messkoub del Instituto de Estudios Sociales, La Haya, Países Bajos, Fax +31 7042 60799.

Los Doblemente Marginados - Pobres y Viejos

Argentina es una de las pocas economías en vías de desarrollo que ya experimentó un envejecimiento demográfico rápido. En investigaciones basados en 'villeros' mayores - personas que viven en bolsas de pobreza urbana en Buenos Aires - Peter Lloyd Sherlock examina cómo el Estado y otras instituciones pueden unirse para formar modelos de oportunidades y reservas de recursos.

Su libro revela una plenitud de información sobre las realidades de vida para las personas mayores urbanas y pobres, y expone las razones para basar la política más en la comprensión y menos en la suposición. Una colección de estudios de casos investiga los efectos de iniciativas locales de bienestar, con un análisis detallado del papel de varias organizaciones de base. Sostiene que una política de bienestar efectiva debe tomar en cuenta el valor potencial de organizaciones participativas, sobre todo las que se

interesan en las personas mayores muy pobres.

Estudios de casos individuales muestran que la mayoría de los villeros mayores no reciben ningún apoyo familiar; muchos dependen de estrategias personales para gran parte de, si no todo, sus ingresos. Un número pequeño pero significativo no tienen ningún ingreso, y dependen de la caridad de vecinos o del contenido de los vertederos de basuras.

En sus conclusiones, Lloyd Sherlock enfatiza la importancia de la inclusión. Las personas mayores deberían ser consideradas como parte de la unidad familiar y las políticas de bienestar deberían ser dirigidas de acuerdo con esto: 'Si no se toma en cuenta el bienestar de otros miembros familiares, sobre todo de los niños, es muy probable que sufran los individuos mayores mismos', dice.

Tercera Edad y Pobreza Urbana en el Mundo en Vías de Desarrollo, Peter Lloyd Sherlock, Macmillan, Agosto 1997.

La aceleración rápida del envejecimiento demográfico no ha generado suficiente interés ni de los académicos ni de los que formulan la política

Tercera Edad: la cuestión de desarrollo olvidada

Sigue de la página 1

Especialmente en las comunidades pobres, las personas mayores brindan una contribución crítica a la casa, sobre todo como cuidadores de niños, de personas con SIDA o con discapacidades. Es claro que el dirigir recursos que permitan que las personas mayores continúan desarrollando tales papeles representa una inversión en la sociedad, y no una carga.

Los que formulan política y los practicantes del desarrollo deben empezar a tomar en cuenta el envejecimiento, no sólo como una cuestión de derechos humanos y de justicia social sino como una cuestión clave de desarrollo. La velocidad y la escala del envejecimiento de la población global lleva implicaciones inevitables para el uso efectivo de recursos.

Al mismo tiempo, el hecho que los programas de desarrollo impactan de forma distinta en las personas mayores que en otros grupos, y que es más probable que las personas mayores vivan en pobreza, tiene implicaciones para el diseño y la implementación de programas.

Los gobiernos y la comunidad de desarrollo comparten un compromiso con las Metas de Desarrollo Internacionales - ante todo se trata de reducir a la mitad el número de personas que viven en la pobreza extrema para el año 2015. Hay que redirigir las políticas y los recursos para lograr dos objetivos: primero, aumentar las oportunidades para que las personas mayores contribuyan su pericia, conocimiento y actividad al desarrollo humano sostenible y, segundo, facilitar que las personas mayores desaventajadas resistan la enfermedad, la dependencia, el aislamiento y la pobreza.

Breves



Uno de los retos de las sociedades que envejecen en términos de la psicología social es cómo emprender investigaciones más sensibles a nivel gerontológico. *La Psicología Social en un Mundo que Envejece: los Prejuicios y las Relaciones Intergeneracionales* (Asian Journal of Social Psychology, Ene 1998 Vol 1 No 1) examina estudios sobre las actitudes y los estereotipos hacia los adultos mayores. Examina el conflicto y la comunicación, y subraya los papeles de los procesos socio-comunicativos, inter-grupales y de poder. Exige un enfoque al desarrollo teórico que abarca todas las generaciones.



La oficina del Censo de los EE.UU. ha producido un cuadro mural llamativo con datos sobre las poblaciones mayores de 100 países a través del mundo. El cuadro *Envejecimiento Global para el Siglo XXI* es una referencia rápida sobre las estadísticas seleccionadas. Comprende datos y gráficos sobre la estructura demográfica global, el crecimiento en las poblaciones mayores en los países en vías de desarrollo, las personas de la cuarta edad y la ventaja femenina en la esperanza de vida. Publicado gratis por la Oficina del Censo de los EE.UU. (ver Contactos, página 7.)



El website de la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico de la ONU (ESCAP) contiene resúmenes de artículos sobre la tercera edad en países en vías de desarrollo de la Serie Estudios Poblacionales de Asia-Pacífico (APSS). Los países abarcados incluyen: Bangladesh, India, Indonesia, Pakistán, Tailandia y Vietnam. Ver <http://www.unescap.org/pop/ageing.ht>

La Vejez No Implica Dependencia

Las ONGs y los académicos constatan con una fuerza creciente que el bienestar de las personas mayores no es sinónimo de la provisión de seguridad social. Muchas de las investigaciones y trabajos sobre política acerca de la tercera edad se han concentrado en las instituciones de bienestar, más que en las realidades económicas cotidianas de las personas mayores.

Sin embargo, la actividad económica no termina a una edad determinada - especialmente en las comunidades pobres y el sector informal. Estudios de la ILO en 20 países africanos sugieren que entre el 74% y el 91% de las personas mayores de 65 años continúan trabajando.

Bienestar antes que asistencia social

Paul Johnson sostiene que se han utilizado las 'razones de dependencia' (tales como el promedio de personas mayores de 60 años a las de entre 20 y 59 años, o de pensionistas a contribuidores a un plan de pensiones) para crear un sentido de una 'Crisis de Vejez'. (ver *'Averting the Old Age Crisis'*, Informe de Investigación Política del Banco Mundial, 1994). Cree que las personas que formulan política necesitan examinar las cuestiones generales de

dependencia - antes que suponer que el problema se relaciona únicamente con las personas mayores.

Africa Occidental ofrece un buen ejemplo. Burkina Faso tiene dos veces más personas mayores de 60 años por cada 100 personas de edad comprendida entre 20 y 59 años que la Costa de Marfil. Pero en Burkina

la actividad económica no termina a una edad determinada - sobre todo en las comunidades pobre y el sector informal. Estudios de la ILO en 20 países africanos sugieren que entre el 74% y el 91% de personas mayores de 65 años siguen trabajando.

Faso el 83% de adultos mayores de 15 años son económicamente activos, comparado con el 66% en la Costa de Marfil. Si la Costa de Marfil pudiese aumentar sus niveles de actividad para mujeres y hombres mayores, podría experimentar un envejecimiento de la población significativo sin poner demandas económicas adicionales en la población joven.

Para mayor información y discusión ver *Tercera Edad y Política Social, Comparaciones Mundiales*, edición de Peter Lloyd Sherlock y Paul Johnson. STICERD E-mail j.ruff@lse.ac.uk o fax + 44 171 242 2357.

TEyD publicará los detalles de otras iniciativas de investigación y política sobre sustento y personas mayores y agradecería recibir información de ONGs, investigadores y gobiernos que trabajan en este campo.

Los Refugiados Mayores

Un estudio en 1997 basado en una encuesta de 69 oficinas de ACNUR encontró poco reconocimiento de las necesidades y las capacidades de los refugiados mayores. Revela un enfoque abrumador en el riesgo de abandono de las personas mayores, aunque los informes de los países indicaron que en muchas ocasiones las personas mayores quedaron como líderes y que siguieron tomando decisiones en la familia y la comunidad.

El estudio subraya la importancia de tomar en cuenta las actitudes culturales hacia la edad (las definiciones locales de 'viejo' se extendieron de 46 a 73 años).

Se podría apoyar las capacidades de las personas mayores usando la experiencia sacada del género y desarrollo. Se ha demostrado por ejemplo que al ampliar las oportunidades económicas y la inclusión en organizaciones fuera de la casa resultan en la mayor participación en la vida comunitaria y mayor representación en la casa.

Estudio de Refugiados Mayores, Problemática, Necesidades y Capacidades, Suzanne Oliver, 1997. Servicios Comunitarios de ACNUR.

Acción y Tercera Edad

TEyD monitorizará la acción sobre la tercera edad y desarrollo en el período previo al Año Internacional de las Personas de Edad 1999. Agradeceríamos noticias de los gobiernos, agencias de auxilio y ONGs. Comuníquese con nosotros por E-mail a las direcciones en la página 7.

Tercera Edad y Desarrollo Humano

Se va a explorar la factibilidad de incluir la tercera edad como parte del Índice de Desarrollo Humano del UNDP. La reunión de la Comisión para el Desarrollo Social de la ONU (CDS) en febrero 1998 pidió que el Programa en Envejecimiento de la ONU trabaje sobre estas cuestiones en colaboración con UNDP.

La CDS también elevó el estatus del grupo de apoyo para el Año Internacional. Se dará a un nuevo 'Grupo Consultivo para el Año Internacional' el ámbito de discutir iniciativas nacionales e internacionales sobre la tercera edad. El grupo estará abierto a entidades gubernamentales, ONGs y la ONU, y tiene dos coordinadores, la Embajadora Julia Tavares de Alvarez de la República Dominicana y el Consejero para Asuntos Sociales de España, Aurelio Fernández, Presidente de la CDS.

El Programa de la ONU en Envejecimiento también prepara propuestas para una base de datos en el Internet de políticas y programas sobre la tercera edad.

Gran Bretaña Financia una Investigación Importante

El Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) invierte una tajada inicial de un cuarto de millón de dólares para investigaciones para la contribución de las personas mayores al desarrollo.

Como parte de su programa de eliminación de pobreza, el DFID pretende hacer las políticas y los servicios más sensibles a las necesidades y las capacidades de las personas mayores pobres y desaventajadas en los países en vías de desarrollo. La investigación recurrirá a las opiniones y las experiencias de personas mayores pobres y presentará una imagen de las maneras diversas, complejas y dinámicas en que contribuyen a la familia y a la comunidad.

Como dice la propuesta de investigación, 'Las políticas que pretenden sacar a la gente de la pobreza directa necesitan basarse en una apreciación realista de cómo las personas mayores manejan sus vidas actualmente, y las contribuciones que hacen a las vidas de la gente de su entorno.'

La investigación la propuso HelpAge International, que emprenderá el programa de trabajo participativo de tres años.

Para mayor información comuníquese con: Pat Holden, DFID E-mail ukecosoc@undp.org *Tercera Edad y Desarrollo presentará informes regulares sobre el progreso y las recomendaciones interinas de ésta investigación. Para mayor información comuníquese con Amanda Heslop en HelpAge International: mheslop@helpage.org o tel. + 44 (0)171 404 7201 fax + 44 (0)171 404 7203.*

Campaña Global para Envejecimiento Saludable

El catalítico Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS promociona perspectivas inclusivas que reconocen que el estatus de salud es producto del ciclo de vida entero, afectado por cuestiones como el género y las circunstancias bajo las cuales la gente se envejece.

Estrategias efectivas tienen que mantener cohesión entre las generaciones y ser basadas en orientaciones comunitarias.

Comuníquese por fax con Alex Kalache o Glen Carpentier: + 41 22 791 48 39 o por E-mail kalachea@who.ch

ONG Lanza Tres Estudios

HelpAge India ha empezado tres estudios de investigación colaborativa. Familia y Tercera Edad, apoyada por el Ministerio de Bienestar, investigará 1000 personas mayores en Delhi y su periferia, para identificar los tipos de apoyo necesarios de la familia, la sociedad y el gobierno. Tercera Edad Productiva, en colaboración con el Instituto Metropolitano de Gerontología en Calcuta, investigará lo que impide a las personas mayores buscar empleo después de la jubilación tanto en el sector formal como en el sector informal. El tercer estudio se trata de Hogares de Personas Mayores. Para mayor información envíe un fax al Dr Shabeen Ara, HelpAge India: + 91 11 685 2916 o tel. +91 11 685 5675.

Acción sobre Mujeres Mayores

En julio de 1997, el Centro de Desarrollo de Mujeres en Sri Lanka auspició un taller regional de seis días sobre el papel de las mujeres mayores en el desarrollo en Asia. Fundado por el programa noruego de auxilio (NORAD) y la Embajada holandesa en Colombo, y en colaboración con HelpAge Sri Lanka y ATCOA (ver Contactos, página 7) se concentró en las barreras de las mujeres mayores para participar en la sociedad y se preparó una propuesta de 15 puntos para los que formulan políticas. Comuníquese con Annie Kurian, ATCOA: E-mail: helpage@chmai.loxinfo.co.th

Coalición 99

'Enfocarse en el Año Internacional de las Personas de Edad - y más allá', **Coalición 99** contiene noticias de actividades de gobiernos y de ONGs sobre la tercera edad. Incluye una lista de contactos y puntos de enfoque para el Año Internacional. El boletín de enero 1998 informa sobre actividades propuestas para el Día Internacional de las Personas de Edad, el 1 de octubre además de nuevas iniciativas como **Afro Elder International** en Zambia - una nueva organización establecida para la concienciación entre profesionales. E-mail: emullen@aarp.org

Temas de Tercera Edad y Desarrollo: Los Periódicos

Tercera Edad y Desarrollo monitorizará periódicos para artículos seleccionados relevantes a la tercera edad y desarrollo. Nos gustaría que nos avisen si han visto informes sobre la tercera edad y desarrollo en otros periódicos de desarrollo o si quieren sugerir otras publicaciones (artículos, boletines, libros, websites) que deberíamos incluir de manera regular o ocasional.

INFORME SOBRE EL ENVEJECIMIENTO GLOBAL

Volumen 3 No. 1 Ene/Feb 1998

6 ediciones al año publicado por la American Association of Retired Persons (AARP), 601 E Street NW, Washington DC, 20049 EE.UU.

Tel: +1 202 434-2402; Fax: +1 202 434-6494; E-mail gar@aarp.org; Web <http://www.aarp.org>

Quien en el Mundo: un resumen breve del Dalai Lama a propósito del envejecimiento de refugiados tibetanos en el Sur de Asia.

Envejecimiento en el Continente Más Joven: Informes de Namibia, Ghana, Africa del Sur y Camerún Lucy Y Steinitz Buena Práctica: Mostrar Compasión en Exilio: Refugiados Tibetanos Mayores Encuentran Amparo y Apoyo

Nuevo Libro: Tercera Edad y Pobreza Urbana en el Mundo en Vías de Desarrollo: Las Villas Miserias de Buenos Aires P. Lloyd-Sherlock 1997 St Martins Press, Inc. New York US\$75

Volumen 2 No. 6 Nov/Dic 1997

La Teoría y la Práctica de ser Abuelo: ¿Las Mujeres Mayores son esenciales a la Supervivencia Humana? (Discusión de K Hawkes et al: "La Distribución del Tiempo, Aprovisionamiento de Hijos y la Evolución de Largas Vidas Postmenopáusicas de las Mujeres Hadza" Antropología Actual)

Sudamérica Responde al Envejecimiento en Argentina y Venezuela

Nuevo Libro: El Contexto Cultural del Envejecimiento: Perspectivas Mundiales ed. Jay Sokolovsky 1997 US\$79.50 Bergin & Garvey, 88 Post Road West, Westport Connecticut.

PERIODICO DE GERONTOLOGIA TRANSCULTURAL

Volumen 12 No. 2 Jun 1997

Publicado trimestralmente por Kluwer Academic Publishers, POB 322, 3300 AH Dordrecht, Países Bajos. Website: <http://wkap.nl>

Reformar el sistema de seguridad social de Ghana: Prospectos y desafíos O. K. Darkwa

Variaciones en los arreglos domésticos preferidos entre padres mayores coreanos C-S. Kim y K-O. Rhee

PERIODICO DE GERONTOLOGIA SUDAFRICANO

Volumen 6 No. 2 Octubre 1997

Publicado dos veces al año por HSRC.UCT Centre for Gerontology, University of Cape Town, Observatory 7925, Africa del Sur (1997 tarifa de suscripción - R60 instituciones/bibliotecas; R36 individuos; internacional, añade R24 correo aéreo, R8 correo por vía terrestre)

Edición Especial: Envejecimiento en Africa rural y urbano

Gerontología dentro y fuera de Africa Monica Ferreira Implicaciones del SIDA para el perfil de la población mayor sudafricana W.D. Myslik, A. Freeman y Janina Slawski

El SIDA y los zimbabuos mayores: ¿quién cuidará a los cuidadores? R. Mupedziswa

Urbanización, envejecimiento y migración: evidencia de Pueblos Africanos en Ciudad del Cabo A. Sagner

Entre respeto y reciprocidad: manejar la tercera edad en Ghana S Van der Geest

Solicitud pública de limosna entre los Yorubas mayores en Nigeria Funmi Togonu-Bickersteth, E.O. Akinnawo, O.S. Akinyele y Esther Ayeni

Análisis: Políticas de jubilación y seguridad económica para personas mayores en Africa O.K. Darkwa

Opinión: Ubuntu, africanos mayores y la crisis familiar africana Maria G.Cattell

Foro: Unir prioridades para capacitación, investigación y política sobre la tercera edad en Africa subsahariana A.O. Wilson y D.J. Adamchak

BOLD

Volumen 8 No. 1, Noviembre 1997

Publicado por el Instituto Internacional de Envejecimiento (Naciones Unidas, Malta), 117 St Paul Street, Valletta, Malta.

Tel: +356 243044; Fax: +356 230248; E-mail: INIA@maltanet.net; Website: <http://www.inia.org.mt>

Idioma, Contexto y Derechos de los Mayores: Prejuicios lingüísticos en un hogar para personas mayores en Filipinas Rene D. Somera

INVESTIGACION Y DESARROLLO

Volumen 4 No. 1 Octubre 1997

Publicado por HelpAge India Tel: +91 6865675, 6867697, 6966641. Fax: +91 6852916

Nutrición Geriátrica Pradeepa Prabhu

Seguridad de Ingresos para Personas Mayores en Países en Vías de Desarrollo: Cuestiones y Sugerencias V. Sarveswara Naik

Tercera Edad Productiva para los Mayores Jóvenes Dr. Vinod Kumar

Problemas Mentales en la Tercera Edad y el Cuidado en la Familia Dr Hitesh N. Patel

Actitudes de los Mayores hacia varias Temas Familiares en Tamil Nadu Rural: Una orientación cualitativa Dr S. Sureender

ENVEJECIMIENTO INTERNACIONAL

Volumen 23 No.s 3 y 4

Publicado trimestralmente por la Federación Internacional sobre Envejecimiento, 380 St Antoine Street West, Suite 3000, Montreal, QC, H2Y 3X7, Canadá. Tel: +1 514 287 9679. Fax: +1 514 987 1567

El Encanecimiento de Nuestras Comunidades Globales

Resumen: El Encanecimiento de Nuestras Comunidades Globales Satya Brink

Vivienda para la Población que Envejece de Singapur James D. Harrison

Vivienda y Asistencia Familiar para las Personas Mayores en Hong Kong Iris Chi y Nelson Chow

Política de la Vivienda para las Personas Mayores en Corea Manjae Kim

HORIZONTES

Producido y distribuido trimestralmente por HelpAge International 67-74 Saffron Hill, London EC1N 8QX Tel: +44 (0)171 404 7201, Fax: +44 (0)171 404 7203

Incluye secciones sobre Proyectos, Salud, Asistencia, Acción, Rural y Capacitación.

Breves



CONTACTOS

¿Conoce fuentes de información sobre diferentes aspectos de Tercera Edad y Desarrollo?

Avisenos para poder compartir contactos con otros lectores.

HelpAge International, 67-74 Saffron Hill, Londres EC1N 8QX, Reino Unido. Fax: + 44 171 404 7203 Tel: + 44 171 404 7201 E-mail: hai@helpage.org Website: <http://www.oneworld.org/helpage/>

Programa de la ONU en Envejecimiento, (Alexandre Sidorenko), Año Internacional para las Personas de Edad, Room DC2 - 1358, 2 UN Plaza, New York, NY 10017. Fax: + 1 212 963 3062. Website: www.un.org/dpcsd/dspd/ageing

Kevin Kinsella, Director, División Estudios de la Tercera Edad, Oficina del Censo de los EE.UU., Room 113, Washington Plaza II, Centre for International Research, Washington DC. Fax: + 1 301 457 3034 E-mail: vlawson@census.gov

Martha Peláez, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS, 525 Twenty-third Street NW, Washington, DC 20037, EE.UU. Fax: +1 202 974 3143; Tel: + 1 202 974 3458 E-mail: pelaezma@paho.org

Alex Kalache, Envejecimiento y Salud, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Suiza. Tel: 41 22 791 3404 Fax: + 41 22 791 4839 E-mail: kalachea@who.ch

Instituto Internacional de Envejecimiento (Naciones Unidas, Malta), 117 St Paul Street, Valletta, Malta. Tel: +356 243044 Fax: +356 230248 E-mail: INIA@maltanet.net Website: <http://www.inia.org.mt>

Centro de Capacitación sobre Envejecimiento, Asia (ATCOA), Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Tailandia. Tel: + 66 53 894 805 Fax: + 66 53 894 214 E-mail: helpage@chmai.loxinfo.co.th

Sociedad Gerontológica Africana, P.O. Box 01803, Osu-Accra, Ghana. Fax: +233 21 500940 E-mail: csp@ncs.com.gh

Elizabeth Mullen, Asociación Americana de Jubilados (AARP), 601 E Street, N.W. Washington DC 20049 EE.UU. Fax + 1 202 434 6494 Tel + 1 202 434 2402 E-mail: emullen@aarp.org



Género y Tercera Edad

Ya que las mujeres predominan en los grupos de edad avanzada y es más probable que se encuentren sin recursos y sin pareja, las políticas deberían asegurar que éstas mujeres tengan la capacidad de tomar decisiones acerca de su propia vida. Los programas deberían apoyar, y no socavar, su habilidad de enfrentarse con su situación. Por ejemplo, la micro-finanza raras veces toma en cuenta las necesidades de las mujeres mayores, a pesar de su compromiso con el negocio.

La profesora Nana Apt de la Universidad de Ghana sostiene que los donantes y los gobiernos deben interesarse explícitamente con las relaciones entre el género y el envejecimiento. La salud mental, las políticas de jubilación, las esperanzas sociales y las estructuras familiares tienen un gran impacto sobre la posibilidad para los individuos mayores de mantener un papel productivo en la sociedad. Identifica a las mujeres como la primera de sus tres áreas prioritarias para acción en "Tercera Edad en Africa", publicado el año pasado por el programa

de Envejecimiento y Salud de la OMS. (Ejemplares disponibles en HelpAge International o la OMS - ver Contactos.)

"Mujeres Mayores en la India", publicado en Nueva Delhi por la Sociedad para

La participación en la vida económica, política, cultural y comunitaria se relaciona estrechamente con la conservación de la salud y el autoestima en las mujeres mayores

Investigación Gerontológica y HelpAge India, incluye un enfoque en las privaciones sufridas por las mujeres a través de la vida. Los efectos de éstas incluyen altos niveles de mortalidad maternal (que explica en parte el diferencial menor en los países en vías de desarrollo entre los números de hombres mayores y mujeres mayores) y el hecho que las mujeres tienden a pasar más de sus años de vejez en un estado de discapacidad.

Investigaciones sobre las mujeres mayores han sido una prioridad baja en la línea central de la ciencia social, y trabajo en la problemática del género en general ha concentrado en las mujeres dentro de los años reproductivos.

TEyD quiere saber de personas involucradas con la problemática de género y tercera edad y publicará artículos sobre el tema en ediciones futuras.

El Estado Nutricional de las Personas Mayores

Estudios de casos en los barrios bajos de Mumbai, India, un campamento de refugiados en Karagwe, Tanzania, y comunidades rurales de Malawi formaron la base de un programa de investigación de cinco años sobre la vulnerabilidad nutricional de las personas mayores, que se acabó el año pasado.

La investigación buscaba una manera sencilla pero eficaz de usar las medidas antropométricas para evaluar la desnutrición en las personas mayores en los países en vías de desarrollo. Examinó la relación entre el estado nutricional y la habilidad funcional y se concentró en desarrollar herramientas sencillas para hacer una exploración del estado nutricional.

Los cuatro enfoques primarios del trabajo fueron:

- 1) Las maneras en que una mejor nutrición podría mejorar la calidad de vida
- 2) Indicadores fáciles de usar para evaluar el estado nutricional
- 3) La identificación de indicadores del estado nutricional basados en investigación
- 4) El uso de los resultados de la investigación para pedir mayor atención a las necesidades nutricionales y generales de las personas mayores.

Un informe del simposio realizado para discutir las recomendaciones de la investigación incluye artículos sobre: Metodologías de investigación (Dorothy Chilima); La Medición Antropométrica (Simone Pieterse); Anemia y Morbosidad (Pervin Anklesaria); Evaluaciones de Habilidad Funcional (Mary Manandhar); Experiencia en el Reino Unido: factores de riesgo y señales de aviso previo, (Louise Davies). Se publicará un manual de campo en inglés y español más tarde este año. Comuníquese con Carmen Lopez-Clavero: clopez@helpage.org

Breves



La Conferencia de Desarrollo Internacional de Washington (IDC) está organizando un **Encuentro Global de las Generaciones** llamado "Visión y Acción para el Desarrollo Equitativo en el Siglo XXI" del 13 al 15 de enero de 1999. Para detalles E-mail: idc@idc.org Website: www.idc.org



Network News es un boletín para ONGs que trabajan con personas mayores en Europa Oriental y Central. Para información comuníquese con Jacek Putz, Medical Centre of Postgraduate Education, 01-826 Kleczewska 61, Warszawa, Polonia, o Paul Hinchliff. phinchli@helpage.org

La Red Tercera Edad y Desarrollo

Esta nueva red pretende fomentar diálogo, aprendizaje, mejor uso de la investigación y ser un punto de acceso para las personas que empiezan a interesarse en la tercera edad como un tema del desarrollo.

El perfil bajo de la tercera edad es tanto una causa como un efecto de que se la considera menos importante que otros temas del desarrollo. Hace veinte años, el género también tenía un perfil bajo; hoy en día ninguna persona que formula políticas ni practicante se atrevería a no tomarlo en cuenta.

Juntos, esperamos que la red y el boletín aumentarán el conocimiento y entendimiento sobre la importancia de la tercera edad. El unir a personas que comparten éste interés aumentaría nuestra capacidad de hacer que se reconozca a la tercera edad en la agenda de desarrollo.

Si le gustaría estar en contacto con otras personas y organizaciones que se interesan en la tercera edad y el desarrollo, señale la casilla en el cupón abajo o la tarjeta adjunta.

Manténgase al corriente con Tercera Edad y Desarrollo

Tercera Edad y Desarrollo está disponible gratis de HelpAge International. Forma parte de su programa de representación diseñado para llevar las necesidades y las capacidades de las personas mayores pobres a la línea central del desarrollo.

Por favor rellene el cupón abajo:

- Si le gustaría recibir el boletín Tercera Edad y Desarrollo (TEyD)
- Si conoce organizaciones o individuos que encontrarían útil TEyD
- Si le gustaría formar parte de la Red Tercera Edad y Desarrollo
- Si trabaja en proyectos o temas que serían de interés para los lectores de TEyD

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

Detalles de contacto para otras personas que se interesarían en Tercera Edad y Desarrollo:

*Por favor devuelva este cupón a Mark Gorman en HelpAge International,
67-74 Saffron Hill, London, EC1N 8QX, Reino Unido. Fax: +44 171 404 7203 E-mail: hai@helpage.org*

HelpAge International: Compañía limitada por garantía. Registrada en Inglaterra No. 1762840. Registro No. 288180 de Organización No Lucrativa.

Oficina Registrada: St James's Walk, London EC1R 0BE.

geriatrianet.com

Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología

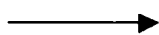
<http://www.geriatrianet.com>

ENVEJECIMIENTO COMUN Y EXITOSO.

Autor: *Quintanar Olguín Fernando*

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Psicología Área de Métodos Cuantitativos
México DF- México

Correspondencia
Fernando Quintanar Olguín
quintanarof@yahoo.com



Al comentar con el Dr. B. Álvarez la idea de trabajar el envejecimiento exitoso en el espacio de Geriatrianet.com, él propuso abrir un espacio para difundir y discutir la idea, pero al comentar con otros colegas esta propuesta no podían faltar las expresiones de sorpresa y cierto recelo por la idea de éxito y era inevitable escuchar la pregunta de **¿dadas las condiciones demográficas y económicas de nuestras sociedades contemporáneas podemos hablar de envejecimiento exitoso?**. Esta inquietud no surgió por una ocurrencia personal, más bien tiene sus antecedentes en una experiencia en la cual tuvimos oportunidad de atender a una mujer anciana de 79 años que padecía cáncer y que se vio afectada por decisiones que se tomaron sin fundamento, y por una autoridad que carecía de preparación para estos casos. Ella trabajaba en una casa hogar para ancianos ayudando en la cocina, otros residentes sabían de su padecimiento y le comentaron al director su temor de sentirse contagiados. El director jamás consideró otras alternativas y decidió retirar de su trabajo a la señora, en un plazo de una semana la señora enfermó gravemente y pocos días después moría. La señora se había mantenido activa, funcional e independiente hasta que se dieron las indicaciones de que dejara de trabajar, su vida no había sido fácil pero no se había dejado doblegar por las adversidades, de hecho ella era considerada como modelo por parte de muchas residentes que conocían su historia. Convivía con la gente y buscaba ser útil en todo lo que podía, así que antes de intentar dar una respuesta a la pregunta anterior considero necesario explorar la razón y origen del concepto de envejecimiento exitoso.

En el año de 1987 Rowe y Kahn publicaron un artículo en el que desarrollan la idea de envejecimiento exitoso en contraposición a la idea del envejecimiento común, en ese documento integran la información publicada hasta el momento sobre los factores asociados al deterioro en el envejecimiento (factores que actualmente son conocidos por todos los geriatras y gerontólogos). Ellos señalaron que (hasta ese momento) la investigación del envejecimiento había enfatizado las pérdidas y plantean que en la ausencia de una patología identificable los gerontólogos y geriatras tendieron a interpretar los déficits cognitivos y fisiológicos como determinados por la edad, de ahí que muchas investigaciones enfatizaron los estudios de diferencias por grupos de edad. Esta condición implícitamente rechazó la importancia del impacto de factores extrínsecos y la interacción de variables psicológicas y fisiológicas. Los autores señalan que el estudio del envejecimiento "normal" se enfocó al desarrollo de estudios longitudinales en lugar de las comparaciones de secciones cruzadas de diferentes grupos de edad y esto llevó a confundir las pérdidas, asociadas a los diferentes grupos de edades, con los efectos de cohorte.

Los estudios poblacionales llevaron a estudios en los que se rechazó la heterogeneidad entre población anciana y grupos no enfermos. Una segunda limitación del énfasis en la normalidad es la implicación de lo inocuo o falta de riesgo. La tercera limitación es la implicación de que el riesgo o no que es normal también es natural y puede ser modificado. En resumen, el énfasis en el



envejecimiento "normal" se enfocó a la atención en lo que la gente vieja puede aprender o no a hacer cuando los estados fisiológicos y psicológicos son típicos, es así que estas condiciones tendieron a crear una gerontología de lo "común" o lo usual.

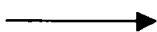
Cada una de las limitaciones precedentes hacen necesario el desarrollo de una distinción conceptual adicional a aquella que hace referencia a la categoría de normal, y esa nueva concepción se aproxima al contraste entre lo común por un lado, y lo exitoso por el otro.

Rowe y Kahn también plantean la idea de que el estudio del envejecimiento exitoso reemplace el estudio de las enfermedades y condiciones de riesgo del envejecimiento común, simplemente agrega la consideración de la diversidad en el envejecimiento.

En su trabajo realizan una integración de la información sobre carbohidratos y también sobre osteoporosis. Resaltaron la idea de que la pérdida de densidad de masa corporal puede estar asociada a otros factores y no solamente como condición del envejecimiento, de ahí que se señalara la importancia del ejercicio moderado, el tipo de alimentación, los hábitos sobre la salud y otros factores como algunos de los determinantes del deterioro del envejecimiento y no solamente la edad.

También retomaron la información disponible acerca del impacto que tiene en la salud el funcionamiento cognitivo y los factores psicosociales. Entre la evidencia que los hace pensar acerca de que no siempre el deterioro cognitivo es una característica del envejecimiento es el haber encontrado estudios que muestran indicios de que las diferencias en puntuaciones se deben a efectos de análisis cruzados de grupos de edad y condiciones de educación. También encontraron en los estudios de Schaine y Green (citados por Byrren, 1985) evidencias de que los deterioros cognitivos también se deben a factores extrínsecos al envejecimiento y no a factores intrínsecos a él.

Dentro de los factores psicosociales retomaron dos dimensiones que habían sido suficientemente estudiadas y servían de buen ejemplo para entender muchas condiciones del envejecimiento, una era la autonomía (o control) y la otra era el soporte social (o conectividad). En el caso del control se observó que los ancianos que tienen diferentes grados de control en diferentes aspectos de su vida mantienen mejores niveles de salud que aquellos que no lo tienen; el control puede ser en cuestiones como las visitas deseadas, el arreglo de los lugares de estancia, acciones para la administración de las residencias, tipo de alimentación y otras que implicaban un cierto grado de esfuerzo por parte de las personas mayores, además las actividades sobre las que no se tenían control y que no dependían de las personas mayores no implicaban ningún esfuerzo. Hay que señalar que aquí los autores hacen referencia a los principios que generan o evitan el llamado desamparo aprendido, condición psicológica que puede ser



mortal y afectar gravemente a la salud alterando un número considerable de dimensiones fisiológicas y conductuales independientemente de la edad de las personas.

Asociado a lo anterior se encuentra el concepto de soporte social o conectividad, el cual no ha sido satisfactoriamente definido pero hace referencia a la variedad y naturaleza de las relaciones sociales de las personas mayores. Entre los estudios revisados por los autores se encontraron algunos que han tenido efectos positivos en la atención a daños, ataques a la salud, cáncer, y otras enfermedades físicas. Se encontró que el soporte se puede dar en la adherencia terapéutica a los tratamientos recibidos.

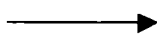
Dos condiciones que interfieren con el soporte social son el duelo y la reubicación. Interfieren a tal grado que se encuentran asociadas a un aumento de la mortalidad y la morbilidad aun cuando la causalidad de éstas sea muy variada aun cuando predominaban las enfermedades del corazón. De cerca de doce estudios revisados por Rowe y Kahn en todos se encontró alguna evidencia de que el soporte social puede mitigar los efectos de la enfermedad.

El soporte social y el control han sido estudiados de manera separada como factores psicosociales que afectan a la salud, aun cuando ellos se encuentran íntimamente relacionados. La conducta interpersonal también ha sido llamada relación de soporte y entre otros aspectos incluye el proveer material asistencial, información, cuidado del enfermo, y expresiones de amor y respeto. Las relaciones de soporte pueden incrementar o decrementar las relaciones de autonomía y control del receptor.

Rowe y Kahn piensan que para realizar el potencial de las contribuciones de soporte al envejecimiento exitoso se puede establecer una secuencia causal que incluya las necesidades individuales de soporte (objetivas o percibidas), la clase de soporte requerido (material, informativo y emocional), y el efecto del soporte en otros predictores psicosociales de éxito, de los cuales la autonomía y el control son un ejemplo. Retomando la propuesta de Berkman (1985) Rowe y Kahn refuerzan la idea de cuatro posibles líneas de investigación:

1. El proporcionar ayuda, cuidado y asistencia material pueden ser factores directamente protectores de la salud.
2. Los recursos psicosociales pueden habilitar a las personas para tener mejor atención inicial para la salud.
3. La influencia psicosocial puede incrementar la promoción de la salud y reducir las conductas de riesgo.
4. Los factores psicosociales pueden tener un efecto directo a nivel fisiológico.

No solamente lo negativo afecta a la salud, también el estrés de lo novedoso, lo impredecible y el suspenso anticipado tienen sus efectos a nivel fisiológico. Es por todo esto que ya desde 1987 Rowe y Kahn señalaron que la mayoría de la investigación gerontológica continúa concentrada en el análisis de



tendencias promedio con diferentes grupos de edad y rechazan la heterogeneidad que hay en tales grupos a pesar de que, al parecer, esta heterogeneidad se incrementa con la edad. Los autores terminan su documento planteando cuatro propuestas.

- a) Impulsar el que la gerontología incluya dentro de su campo de investigación la distinción entre envejecimiento común y exitoso.
- b) La investigación gerontológica se concentre en entender las transiciones de la vida tardía.
- c) Considerar los factores extrínsecos que influyen el envejecimiento exitoso tanto de manera interdependiente como de manera individual.
- d) Finalmente, investigar los nexos entre los niveles psicológicos y fisiológicos que se encuentran implicados en la definición y explicación del envejecimiento exitoso.

Hay que señalar que estos autores incluyen cuestiones relacionadas al cambio de actitudes y cultura, y también podríamos pensar en incluir los cambios de una generación que nació en un tipo de civilización (la Era Industrial) con otra que nació en la civilización actual de la Era de la Informática.

Para el año de 1996 el profesor Pierre Vellas publicó un artículo en la revista de Salud Pública de México en el cual retoma el documento de Rowe y Kahn compartiendo la opinión de que es posible concebir el envejecimiento de una manera distinta a la habitualmente ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales. Opina que nuestros antiguos y nuevos conceptos se ven confrontados con la dificultad de individualizar las recomendaciones preventivas y de promoción de la salud que perseguirían el envejecer con éxito. Dentro de su investigación han incluido algunos factores que tienen valor predictivo positivo entre los que se incluyen: buen nivel socioeconómico, peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial, participación en actividades físicas y sociales. Vellas opina que el estudio del envejecimiento exitoso permitiría conocer las mejores consecuencias del proceso de envejecer y además conduciría a identificar las formas de comportamiento que hayamos de proponer para optimizar esa etapa de la vida. Dentro de sus observaciones Vellas retoma la idea de Lentzner y colaboradores de proponer definir a los ancianos exitosos como aquellos sujetos de edad que han podido comprimir su periodo de morbilidad antes del deceso y por eso se sugiere seguir estudios prospectivos longitudinales con el fin de determinar la forma en que estos sujetos se ven afectados por la morbilidad. Es claro que la vejez no solamente se entiende como vejez normal y patológica, también se han preocupado por incluir otras alternativas a las que se les llama vejez saludable, funcional, competente, satisfactoria o exitosa. En un trabajo publicado en 1997 en *The Gerontologist*, a partir de las investigaciones de la MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging, Rowe y Kahn definen a esta vejez como "la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida".



Dentro del primer factor (baja probabilidad de enfermedad y discapacidad) Rowe y Kahn incluyen factores de riesgo no reconocidos con anterioridad y dentro de los que se consideran la variabilidad en funcionamiento fisiológico entre e intra individuos. En el segundo factor (el de alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física) incluyen características físicas, psicológicas, sociales y biomédicas que son predictoras del mantenimiento de alta funcionalidad en la vida tardía. El tercer factor incluye dos categorías principales: el mantenimiento de las relaciones interpersonales y las actividades productivas; la primer categoría abarca dos clases de transacciones de soporte tales como las transacciones socio-emocionales (incluyen las expresiones de afecto, respeto y agrado), y la transacción instrumental (incluye la asistencia directa -tal como el proporcionar ayuda física-, hacer elecciones, proveer transporte y dar o manejar dinero). La categoría de las actividades productivas incluye tres tipos de predictores que son capacidad funcional, educación y auto-eficacia, pero hoy en día se incorpora al estudio de la psicogerontología un concepto llamado resiliencia (en inglés es resilience) que se refiere a la rapidez o elasticidad para recuperarse, amoldarse y readaptarse a las nuevas condiciones de cambio en la vida diaria; parte del origen de la idea de resiliencia surge del estudio del manejo de stress y sus efectos en la salud.

Por último, en el año 1998 el Dr. Martín Seligman publica un artículo en el que señalan que así como hay desamparo aprendido también se puede hablar del optimismo aprendido como una condición que hace mucha falta investigar, en el 2000 también publica un documento en el que retoma esta idea pero además hace el señalamiento de que la psicología del envejecimiento se ha visto atrapada en modelos disfuncionales y ha investigado poco los modelos positivos o no patológicos, en este sentido podemos observar que Seligman coincide con Rowe y Kahn en la propuesta de abrir el enfoque del estudio del envejecimiento a nuevas propuestas y modelos gerontológicos. De hecho, en los meses de septiembre y octubre del año en curso se realizaron en dos lugares diferentes del territorio mexicano tres eventos que abordaban la temática del envejecimiento exitoso, uno fue en un campus de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), otro fue en la ciudad de Guadalajara y otro más en la Universidad Iberoamericana campus México.

Como puede verse, hay varios estudios que coinciden en que es necesario abrir el enfoque del estudio del envejecimiento y el desarrollo de otras alternativas para entender la vejez. Aun con todo también se observa que hay grupos de ancianos que no han sido considerados en la gerontología (y a los que yo llamo "Los Grandes Olvidados de la Geronto-Geriatria) tales como los ancianos de los grupos étnicos, los ancianos rurales, aquellos que viven en prisiones u hospitales psiquiátricos y los ancianos marginados o indigentes. Es así que con lo planteado hasta el presente pienso que es posible hablar sobre el envejecimiento exitoso pero que no solamente quede reducido a los determinantes económicos, también se requiere redefinir el concepto.



Por lo anterior propongo que esta línea de trabajo que se puede realizar con el apoyo de geriatrianet.com incluya las siguientes etapas:

1. Crear una base de datos que nos permita integrar información sobre este tema.
2. Crear un directorio de especialistas que trabajan el tema.
3. Análisis de casos de ancianos reportados que cumplan condiciones que permitan considerarlos como ejemplos de envejecimiento exitoso.
4. Una integración y análisis periódico de la información recolectada en un momento dado tanto de forma cualitativa como cuantitativa.

No olvidemos que una característica de la ciencia es que es auto-correctible y contar con la información propuesta en estos cuatro puntos nos ayudaría a reorientar nuestro camino en el campo geronto-geriátrico cuando sea necesario.

6. La tercera edad: de los 65 a los 100 años

METAS DE SALUD PARA LOS AÑOS TARDÍOS

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población, seguida del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia humana, muy pocas personas han llegado a estas edades. Con el tiempo, al eliminar las principales epidemias de enfermedades infecciosas, el número de ancianos comenzó a ascender. Hoy, gracias a los extraordinarios progresos de la ciencia médica, sobre todo en el campo de la farmacología, los ciudadanos de la “tercera edad” se han convertido en un grupo de gran importancia. Se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de personas mayores de 85 años —los “viejos-viejos”—, con su enorme consumo de servicios médicos, crearán importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticas tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

El campo de la gerontología se esfuerza en seguir el ritmo de esta transición demográfica. En los estudios de campo, los gerontólogos y geriatras demuestran que muchas de nuestras creencias de “sentido común” y larga tradición sobre los viejos y el envejecimiento están totalmente equivocadas. Cuanto más anciano es un grupo de personas, mayor variedad muestran sus integrantes. De hecho, las variaciones del funcionamiento físico, mental y social son mayores entre los ancianos que en cualquier otro grupo de edad.

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por tanto, el objetivo de los programas de promoción de la salud dirigidos a las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad, de la atención médica que necesitan. Por otra parte, se reducirá evidentemente el sufrimiento y se combatirá la sensación de deterioro de los ancianos y de los familiares que los cuidan.

La economía de la atención médica intensiva de los ancianos es un tema que se debate cada vez más. Cuando los recursos médicos no alcanzan a cubrir a toda la población ¿quién debe tener prioridad? ¿los ancianos? ¿los adultos jóvenes? ¿los niños con trastornos del desarrollo? ¿las mujeres embarazadas? o, ¿debería prestarse la mejor atención posible solo a aquellos que tengan el dinero suficiente para pagarla, cualquiera que sea su edad o su pronóstico?

Los economistas de la salud informan que en los países postindustrializados, alrededor del 18% del gasto médico promedio total en el transcurso de la vida de una persona corresponde al último año de su vida. ¿Qué parte de estos recursos, gastados cuando la esperanza de vida es quizás de solo un año, debería utilizarse en etapas anteriores, proporcionando servicios preventivos a las personas jóvenes y productivas en una etapa anterior de su vida? Los argumentos económicos sobre la importancia que debe prestarse a

El objetivo de los programas de promoción de la salud de las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a cada persona.

la atención geriátrica giran en torno a un debate sobre quién debe ser el principal beneficiario de los recursos de salud, el individuo o la comunidad en su conjunto. ¿Se obtienen los mismos beneficios manteniendo viva a una persona de 70 años que brindando atención intensiva en una unidad de cuidados coronarios a una persona de

50 años con un infarto de miocardio? ¿O prestando atención de hospicios a una persona de 30 años con SIDA? ¿O proporcionando cirugía ortopédica y rehabilitación a un joven de 18 años con fracturas múltiples por un accidente de automóvil? La valoración moral y económica entra rápidamente a formar parte de la discusión.

En cuanto a los beneficios, puede afirmarse que la extensión de la vida hacia decenios más tardíos se ha acompañado de la conservación de la capacidad mental, la fuerza física y la productividad comunitaria de casi todos los ancianos. En los países en los que las pensiones de jubilación se disfrutan ya a los 65 años, muchas personas dejan de trabajar cuando llegan a esta edad. Sin embargo, un número sorprendente de ellas recibe su pensión pero siguen trabajando, a menudo en tareas que exigen menos fuerza física o menos estrés. En regiones más agrarias, los hombres y mujeres siguen trabajando en la agricultura mientras puedan hacerlo físicamente.

En resumen, las personas mayores tienen muchas oportunidades —a menudo pasadas por alto tanto por la sociedad como por el individuo— para contribuir económica, social o interpersonalmente a las necesidades de sus familias y sus comunidades. Por ejemplo, en las comunidades en las que las madres jóvenes se incorporan a la fuerza laboral, el cuidado de los niños puede decaer. Entonces entran en acción los abuelos: la experiencia y la paciencia de la “generación de los abuelos” son ideales para proporcionar una atención complementaria.

Dados los muchos problemas de los niños y jóvenes de hoy, la tarea de los abuelos —incluso como trabajo no remunerado— podría ser uno de los mayores regalos sociales y económicos que la persona puede dar a su comunidad. Estoy seguro de que todos podemos pensar en ejemplos adicionales. Los beneficios psicológicos, sociales y culturales que pueden proporcionar los residentes más ancianos de la comunidad apenas si han empezado a descubrirse.

¿Qué pueden hacer los trabajadores de la salud para ayudar a los ancianos a reconocer todo su potencial y para reducir sus necesidades de atención médica de alta tecnología?

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD A ESTAS EDADES

MORTALIDAD

La esperanza de vida es la edad hasta la que sobrevive el individuo medio (en términos de edad) de una cohorte de población. Puesto que casi todos los países económicamente desarrollados tienen esperanzas de vida al nacer superiores a 65 años, más de la mitad de todas las muertes se producen a los 65 años o después. Así pues, las causas de muerte en este estrato de edad dominan el total de causas del país. Ello significa que es imprescindible estudiar las causas de muerte y discapacidad de cada etapa de la vida por separado —como se hizo en los capítulos anteriores de este Manual—, a fin de orientar los esfuerzos de prevención en etapas anteriores del ciclo vital.

Por tanto, no sorprende que las tasas brutas de mortalidad de los países, que dependen en gran medida de las muertes de los ancianos, muestren que las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas, las enfermedades obstructivas del pulmón y las neumonías son las principales causas de muerte en casi todas las regiones del mundo, tanto en los países económicamente evolucionados como en los que todavía se encuentran en las primeras etapas de su evolución económica.

La mortalidad se acelera a medida que transcurren los decenios de la vida. A partir de los 25 a 34 años de edad, las tasas de mortalidad por todas las causas se duplican con cada decenio sucesivo, tanto en los hombres como en las mujeres, en casi todos los países. En cada decenio, las tasas de mortalidad de los hombres (por 100 000 habitantes) son siempre superiores a las de las mujeres.

El factor multiplicador por decenio es incluso superior para algunas de estas causas. En casi todos los países, la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares es de dos a tres veces mayor a los 65 años que a los 55 y aumenta de nuevo

de cuatro a cinco veces a partir de los 75 años. Las tasas de accidentes cerebrovasculares muestran una aceleración similar a partir de los 55 años. El número total de cánceres se duplica entre los 55 y los 65 años y de nuevo después de los 65. Todo ello significa que las tasas de mortalidad se aceleran entre 10 y 15 veces durante los tres o cuatro últimos decenios del ciclo vital.

Esta información sobre la aceleración de las tasas de mortalidad que acompaña al envejecimiento, revela tres hechos importantes:

- El rápido incremento de la vulnerabilidad en los ancianos.
- Las ganancias sociales potenciales que producirían programas efectivos de prevención temprana. Estos programas podrían retrasar esta oleada de enfermedad y muerte hasta etapas posteriores en el ciclo vital.
- El enorme incremento de los costos de atención médica y en hogares de ancianos para el gran número de ancianos que permanecen discapacitados y dependientes, a menudo durante años, antes de morir de su enfermedad.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS GENERALES Y DISCAPACIDADES

Muchos ancianos sufren largos años de discapacidad, sintiéndose mal y funcionando mal, antes de morir. Hoy sabemos que pueden tomarse muchas medidas para reducir los riesgos y la gravedad de los procesos discapacitantes, quizá no para todos pero sin duda para muchos de ellos. Las causas principales de sufrimiento y de debilidad abarcan tanto a las causas principales de muerte como también a otros tipos de problemas de salud.

Hasta 1990, la población mundial mayor de 60 años era menor que la de los otros grupos de edad. El número de mujeres sobrepasaba al de los hombres por una razón de 123 a 100 y las diferencias en el peso relativo de las distintas causas de discapacidad en hombres y mujeres eran mucho menores que en las personas de edad madura. En todas las regiones del mundo, entre 80% y 95% de los años de discapacidad pueden atribuirse a enfermedades no transmisibles. En conjunto, el impacto de las enfermedades transmisibles, obstétricas, perinatales y nutricionales desciende desde 46% a la edad de 0–4 años a 6% en las personas de 60 años o más. De igual modo, el impacto de todas las lesiones sobre la discapacidad baja desde 18% a los 0–4 años de edad hasta 2,5% a partir de los 60 años (datos de AVD de todo el mundo procedentes de Murray y López, 1996, Anexo Tabla 8).

PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN TODO EL MUNDO

En hombres mayores

- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (sobre todo cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular) y
- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia).

En mujeres mayores

- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia y también depresión grave),
- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica) y
- pérdida de visión por cataratas y glaucoma.

Las neoplasias malignas son una causa importante de muerte en los hombres y mujeres mayores, pero su contribución al número de años de vida con discapacidad es menor que la de los cuadros citados.

(Los factores que favorecen y que protegen de las enfermedades neuropsiquiátricas, respiratorias y cardiovasculares se estudiarán con detalle en los Capítulos 7, 8 y 10.)

FACTORES DE RIESGO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD

- El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica (ataques al corazón), la enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis y la neumonía o ambas, y muchos cánceres. El consumo de tabaco incrementa la magnitud potencial de enfermedad y sufrimiento y determina el tipo de muerte. Solo hay una solución: dejar de fumar.
- Las dietas ricas en grasa elevan el riesgo de cáncer de colon y próstata y, quizás, de otros cánceres. También influyen de forma determinante en la aparición de la aterosclerosis, que se expresa en forma de ataques al corazón y trombosis cerebrales.
- La hipertensión arterial es la enfermedad que en mayor medida contribuye al accidente cerebrovascular (tanto hemorrágico como trombótico), facilita los infartos de miocardio y, cuando es lo bastante grave, lesiona también a los riñones. La solución consiste en reducir la presión arterial por medio de medicamentos o cambios de los hábitos. (Véase también la sección sobre “Hipertensión y cardiopatía hipertensiva” del Capítulo 8).

- La obesidad sobrecarga al corazón y a los pulmones. Eleva la presión arterial y se asocia a un ascenso de las lipoproteínas de baja densidad (“colesterol malo”); favorece el desarrollo de la diabetes mellitus de aparición adulta. También incrementa el riesgo de cáncer de colon, riñón y endometrio. Además, al poner un peso excesivo en las piernas, agrava la artritis de sus articulaciones. La solución: perder peso y mantener un peso saludable; para esto, resulta útil hacer ejercicio y reducir la ingesta calórica.

FACTORES QUE PROTEGEN CONTRA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD

Es cierto, aun los grupos más viejos pueden incrementar sus factores protectores. Investigaciones recientes han demostrado repetidamente que el ejercicio físico regular proporciona beneficios mucho mayores a edades mucho más tardías de lo que nos diría el mero sentido común. Por ejemplo, en un estudio,

Cuanto mas tiempo puedan mantenerse bajos los factores de riesgo y altos los factores protectores, menor será el numero de adultos que mueran de forma prematura, mejor será su salud en este periodo de sus vidas, posponiendo así su deterioro terminal, y menor será la cantidad de servicios medicos que consumirán.

personas de 70 a 79 años de edad se distribuyeron en un grupo que hacía ejercicio caminando y un grupo de control. Después de 26 semanas, el grupo que caminaba había aumentado la captación máxima de oxígeno en 22%. Este hallazgo indica un rejuvenecimiento sorprendente, puesto que a partir de los 30 años, la captación máxima de oxígeno de casi todas las personas disminuye en un promedio de 1% anual. De hecho, caminar podría ser una de las mejores formas de ejercicio para las personas mayores.

Se sabe que los ancianos pueden obtener grandes beneficios con los programas de ejercicio, particularmente con los de resistencia y aguante. El mero hecho de mantenerse físicamente activo ayuda a controlar la diabetes y reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares. En una amplia cohorte de mujeres de edad avanzada, las tasas de fractura de cadera en las mujeres que pasaban menos de cuatro horas al día de pié fueron dos veces más altas que las de las que se levantaban y caminaban cuatro horas o más. Estos beneficios no solo retrasan la muerte, sino que también reducen el riesgo de caída, previenen la discapacidad y proporcionan energía. Lo mejor de todo es que un ejercicio moderado es casi tan beneficioso como un ejercicio intenso y su riesgo de lesiones es mucho menor (Carlson et al. 1999).

Se han publicado muchos programas de ejercicio, y casi todos ellos comparten las recomendaciones siguientes:

- haga ejercicio regularmente, de preferencia cuatro o más veces por semana,

- ejercítense con suficiente intensidad como para que aumenten la frecuencia de la respiración y el latido cardíaco,
- mantenga el ejercicio durante 20 a 30 minutos,
- reduzca la intensidad si la respiración se hace demasiado rápida como para poder mantener una conversación, si respira jadeando o si siente algún tipo de presión, sensación de pesadez o dolor en el pecho, los hombros, el cuello o el brazo izquierdo.

Otro factor protector importante es el consumo de una dieta saludable. Una dieta compuesta por distintos alimentos proporciona al individuo toda la gama necesaria de nutrientes. Debe comerse verduras, frutas, ensaladas, cereales integrales y productos lácteos magros todos los días, si es posible. Las carnes magras deberán comerse con moderación, evitando las grasas que se solidifican a la temperatura ambiente. El peso debería mantenerse entre límites saludables. Durante los períodos de carencia alimenticia, el anciano debería intentar consumir las calorías suficientes para mantener un peso corporal normal. Siempre que sea posible, deberán incluirse en la dieta fuentes vegetales de proteínas, junto a los alimentos ya mencionados.

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Los trastornos musculoesqueléticos (la artritis y la osteoporosis) se asocian con una mayor frecuencia de fracturas de cadera y de columna vertebral. En conjunto, son las principales causas de discapacidad y de limitación de la movilidad, sobre todo en las mujeres mayores de los países muy desarrollados. La artritis, que consiste en la inflamación de las articulaciones y de los tejidos adyacentes, destruye a la larga el cartílago y modifica la forma de los huesos. Puede afectar a las manos y a los brazos, a los pies y a las piernas, a la espalda o al cuello. Tanto la osteoartritis como la artritis reumatoide aumentan su prevalencia y se hacen más graves con el envejecimiento. Ambas son de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Se sabe que la artritis es la causa principal de limitación del movimiento de los ancianos en algunos países industrializados.

Artritis

La artritis reumatoide verdadera parece provenir como consecuencia de alteraciones en el proceso inmunitario, en el que los anticuerpos, cuyo trabajo consiste en combatir las infecciones procedentes del exterior, identifican por error como invasores a algunas células del cuerpo. La lucha que se produce a continuación produce inflamación y, después de meses o años, lleva a la enfermedad crónica.

Se desconoce la etiología exacta de la artritis reumatoide, y tampoco se han identificado las medidas de prevención primaria. Se sabe que la enfermedad tiene un componente genético y que los anticonceptivos orales parecen reducir los síntomas en algunas mujeres. Una de las medidas útiles para reducir la progresión de la artritis reumatoide (prevención secundaria) consiste en la administración de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para combatir la inflamación, el dolor y la fiebre, ya que se cree que estas manifestaciones de la enfermedad incrementan la lesión de los tejidos articulares. No obstante, es preciso tener cuidado para evitar una sobredosificación de estos medicamentos porque pueden dañar a otros órganos.

La osteoartritis es el tipo de alteración articular de mayor prevalencia, y a menudo aumenta rápidamente con la edad. Sus síntomas principales son el enrojecimiento de los tejidos adyacentes, la hinchazón de las articulaciones, la rigidez en la mañana y dolor en la noche. Se cree que muchos casos se deben a traumatismos de las articulaciones o a estrés y presión repetitivos de las mismas. La obesidad puede empeorar la situación, a causa de la sobrecarga que produce en las articulaciones. La prevención secundaria consiste en invertir estos dos factores de riesgo. El ejercicio adecuado puede ser un factor de protección para reducir la magnitud de la discapacidad y del dolor. El ejercicio debe ser suave y diario para mejorar la flexibilidad de las articulaciones sin sobrecargarlas. Se ha desarrollado un “curso de autocontrol de la artritis” que reduce significativamente el dolor, las visitas al médico y el número de hospitalizaciones. (Lorig et al. 1999).

Los costos económicos y personales de la artritis y de otros trastornos musculoesqueléticos están aumentando con gran rapidez en todo el mundo. Los especialistas en salud de los trabajadores pueden ayudar a prevenir o retrasar muchos de estos casos (particularmente las lesiones discapacitantes de la espalda) reajustando de forma ergonómica las actividades laborales y disminuyendo así la frecuencia e intensidad de los movimientos que provocan una lesión articular repetida, sobre todos en la columna vertebral.

O s t e o p o r o s i s

Esta enfermedad afecta sobre todo a las personas mayores de 65 años y su prevalencia es mayor en las mujeres, de forma que casi todas las mujeres mayores de 75 años presentan signos radiológicos de osteoporosis en la parte inferior de la columna vertebral. El trastorno se debe a la pérdida del calcio de los huesos, que los debilita y los hace propensos a las fracturas. La osteoporosis marca la diferencia entre una caída sin consecuencias y una caída que provoca una fractura y una discapacidad permanente. Muchas de estas fracturas se producen en los brazos, las piernas, las caderas y la columna vertebral.

Factores de riesgo de la osteoporosis. 1) Modo de vida sedentario, 2) dietas bajas en calcio, 3) tabaquismo y 4) disminución del estrógeno en las mujeres posmenopáusicas.

Factores que protegen contra la osteoporosis. Todos los factores indicados resultan especialmente efectivos cuando se practican de manera continua desde edades tempranas. 1) Ejercicio regular: los ejercicios con carga de peso, tales como caminar o correr, resultan particularmente beneficiosos. Cuando los huesos sostienen el peso del cuerpo, el calcio penetra en la matriz ósea y el fortalecimiento de los músculos de las piernas ayuda a prevenir las caídas. Incluso mantenerse de pie es más beneficioso que estar sentado. La natación es muy buena para el corazón y los pulmones, pero apenas influye en la osteoporosis. 2) Una ingesta dietética de calcio adecuada. 3) El tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos, si el médico lo recomienda.

Protección medioambiental. Puesto que la frecuencia de las caídas vuelve a aumentar en los últimos años de la vida, las personas mayores (y otros) deben protegerse disponiendo de los siguientes elementos (Haber, 1994):

- iluminación abundante siempre que haya escalones o pendientes,
- barandas en las escaleras que carecen de ellas,
- bandas adhesivas o superficies ásperas en bañeras y duchas resbaladizas,
- barras para sujetarse en la bañera,
- terminados a los suelos que no se vuelvan resbaladizos al mojarse,
- alfombras que no se deslicen,
- ejercicio regular para incrementar la fuerza de las piernas y mejorar el equilibrio.

Cuando se utiliza fuego para calentar o cocinar, hay que tomar precauciones de seguridad y tener siempre a mano materiales tales como el agua, la arena o extinguidores de incendio. Facilite el escape de cualquier habitación hacia afuera. Recuerde que los que corren mayor riesgo de muerte a causa del humo y el fuego son los niños pequeños, los discapacitados y los muy ancianos.

PRESERVACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y MENTAL

Durante siglos, la gente creyó que el calendario es el que marca la pauta de los últimos años de la vida y que esta evoluciona inevitablemente hacia el deterioro funcional. Recientes estudios de comportamiento en los que se siguieron grandes grupos de personas ancianas a lo largo del tiempo han contribuido a modificar esta creencia. Ahora sabemos que somos nosotros, y no el calendario, quienes controlamos el ritmo y modificamos la velocidad del envejecimiento biopsicosocial. En cualquier grupo de personas que celebren sus 80 años se en-

Todos los estudios realizados, tanto sobre el rápido deterioro de la salud como del envejecimiento activo y saludable, pueden resumirse con una sola frase: "Usalo o lo perderás".

contrará una gama de capacidades y funcionamientos equiparable a la de las personas de 65 a 95 años de edad. Una vez más, cuanto más anciano es el grupo, mayores son sus diferencias (Rowe y Kahn, 1998).

Todos los estudios realizados, tanto sobre el rápido deterioro de la salud como del envejecimiento activo y saludable, pueden resumirse con una sola frase: "Úsalo o lo perderás".

La capacidad física se mantiene gracias al ejercicio físico regular. La destreza y la coordinación manuales se conservarán si se utilizan las manos. La capacidad para caminar largas distancias se mantiene (al igual que la de jugar al tenis) con la práctica. Para no perder la fluidez verbal resulta útil leer, hacer crucigramas o discutir temas nuevos. La capacidad numérica se conserva practicando la aritmética.

Con gran frecuencia, aunque no siempre, los años de la vejez se asocian a una disminución del rendimiento físico y mental. Sin embargo, gracias a la práctica, las personas pueden compensar este proceso trabajando durante más tiempo y con más concentración. La memoria a corto plazo (por ejemplo, de los nombres, de lo que hay que comprar, de lo que se hizo la semana pasada) también decae, aunque con menos rapidez en los cerebros ocupados que en los pasivos.

Rowe y Kahn (1998) elaboraron una lista de condiciones que favorecen y amplían la capacidad mental de los ancianos y que se enumeran a continuación:

FACTORES QUE PROTEGEN LA CAPACIDAD MENTAL

- La educación. La capacidad mental conservada es proporcional a la duración de la educación durante la juventud. Los efectos de la educación prolongada persisten durante más de 50 años en forma de una mayor capacidad de procesamiento mental, pensamiento lógico y un fondo de conocimientos a medida que el sujeto envejece; al mismo tiempo, reduce el ritmo del deterioro del rendimiento mental en los últimos años de la vida.
- Continuar realizando "ejercicios cognitivos", que incluyan tareas complejas que desafían la propia capacidad.
- Mantener el sentido de la propia eficacia: la creencia, la seguridad y la práctica de que "puedo hacer lo que tengo que hacer o lo que se espera de mí" y no rendirse sin hacer un buen intento.
- Llevar a cabo una actividad física regular que dé lugar a un incremento de la respiración y de los latidos del corazón.

- Mantener la función pulmonar a través del ejercicio físico. Una capacidad pulmonar saludable ayuda a enriquecer la hemoglobina de la sangre con oxígeno y mantiene el buen funcionamiento de las células cerebrales.
- Interactuar con los demás con regularidad. El intercambio diario de información ayuda a mantener aguzado el sentido de la realidad, ejercita la capacidad social y del lenguaje, modula las funciones excitadora e inhibidora y probablemente contribuye a mucho más.

TRATAMIENTO DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades pretenden incrementar la salud y la calidad de vida y, al mismo tiempo, evitar el sufrimiento innecesario, sea físico o mental. La medicina terapéutica intenta aliviar el dolor y restablecer la función, es decir, curar. Inevitablemente, sin embargo, llega un momento en que los esfuerzos basados en la ciencia de los profesionales ya no bastan; el dolor y el sufrimiento ganan la batalla. Pero incluso en ese momento, se dispone de muchos medicamentos que permiten aliviar eficazmente casi cualquier tipo de sufrimiento en los estados de lesión o enfermedad críticos o terminales. La atención en hospicios de los pacientes crónicos o incurables dispone hoy de nuevas posologías de medicamentos capaces de aliviar el dolor, las náuseas y otros problemas con más eficacia que muchos hospitales en el pasado. Los médicos deben aprender los nuevos métodos de alivio del dolor y mostrarse más dispuestos a usarlos. Ni siquiera los moribundos tienen que sufrir cuando existen medidas para impedirlo. El alivio del sufrimiento es el último gran regalo que los profesionales de salud pueden hacer a aquellos a quienes cuidan.

Las tareas más importantes de los profesionales de salud que atienden a las personas que se encuentran en los últimos años de la vida consisten en aliviar el dolor físico y emocional, prevenir o mejorar la pérdida de la función y volver a conectar a esas personas con algún tipo de “familia”, para que no tengan que hacer esta parte del viaje de la vida completamente solos.

Algunos profesionales piensan que esta tarea de conectar a los ancianos con otras personas es frívola o un lujo propio de naciones ricas. De hecho, esta medida no solo es humanitaria, sino que es muy económica, cualesquiera que sean las circunstancias. A cualquier edad, las tasas de mortalidad de las personas que viven solas son mayores que las de aquellas que viven y se relacionan con otros. La investigación sobre los efectos del apoyo social sobre la salud demuestra de forma unánime que las interacciones personales positivas reducen el riesgo de muerte de los ancianos y retrasan su progresión a la discapacidad, produciendo así un mayor número de años de vida saludable. Muchos ancianos, sobre todo mujeres, perdieron a sus cónyuges y sus hijos adultos quizás vivan lejos o sean incapaces de ayudarlos por otros motivos. Las comunidades diseñadas para los

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAYORES

- Los profesionales de la salud deben revisar los medicamentos de sus pacientes, tanto los indicados por prescripción médica como los de venta sin receta, para descartar interacciones farmacológicas. Deben considerar la posibilidad de sustituir medicamentos que incrementen el riesgo de caídas. A medida que las personas envejecen, sus botiquines se van llenando de más y más medicinas. ¿Son esenciales todos estos medicamentos? Si se pueden eliminar algunos que ya no son necesarios, se reducirá el riesgo de interacciones adversas y se mejorará el cumplimiento del resto del tratamiento.
- Pregunte por signos de ataques isquémicos transitorios. (Véase también la sección sobre accidentes cerebrovasculares en el Capítulo 8.)
- Ausculte para detectar ruidos anormales en las arterias del cuello (soplo carotídeo), un factor de riesgo para el accidente cerebrovascular.
- Observe la cara y los movimientos, haga preguntas o use un breve cuestionario de detección para identificar las reacciones depresivas. La depresión agrava las enfermedades físicas crónicas y es un cuadro psicobiológico que mina la calidad de vida.
- En las mujeres, haga pruebas de Papanicolaou, un examen clínico de la mama y mamografías si están indicadas. La mayor incidencia de cáncer de mama ocurre después de los 65 años, edad en la que también se produce casi la mitad de las muertes por cáncer uterino.
- Comprobar las hemorragias ocultas en heces (signo de un posible cáncer digestivo o de una enfermedad ulcerosa). Las heces de color negro o con aspecto de alquitrán son un signo patológico avanzado. Es mucho mejor la detección más temprana con pruebas analíticas baratas.
- Estimule la práctica de un ejercicio regular. Si estas palabras se llevan a la acción, son el secreto para la buena salud futura.
- Administre la vacuna contra la gripe y la neumonía en los casos en que estén indicadas. Los ancianos son mucho más vulnerables a las complicaciones graves cuando no están protegidos.
- Explore los ojos para detectar glaucoma. Esta enfermedad tratable progresará a la ceguera si pasa inadvertida.
- Examine la piel para detectar neoplasias incipientes. (Véase también la sección "Cánceres de piel" en el Capítulo 9).
- Permanezca alerta ante los signos de descuido o maltrato, que aumentan en los viejos dependientes.
- Compruebe si la persona está aislada socialmente; este es un factor de riesgo de discapacidad y muerte. Ayude a que las personas solitarias participen en relaciones sociales, incluidos los sustitutos cuando la persona haya perdido sus apoyos primarios. Hay que estimular a las personas para que se visiten unas a otras, coman juntas y compartan sus sentimientos e historias.

ancianos y las residencias de ancianos que proporcionan ayuda en la vida diaria permiten establecer grupos interactivos de apoyo mutuo.

Muchas culturas todavía conservan la tradición de que las familias de los hijos adultos cuiden de los miembros más ancianos de la familia. Este sistema podría fácilmente ser el mejor para mantener saludables a los ancianos. Puede suponer cierta tensión para las familias más jóvenes, pero los hermanos, cuando

son varios, pueden repartirse la responsabilidad y el tiempo y de este modo aligerar la carga.

El pertenecer a grupos también tiene un efecto saludable. Se ha demostrado que las comunidades religiosas, los grupos de intereses compartidos y las reuniones informales de vecinos aumentan el número de años saludables. Las personas que pertenecen a estos grupos tienden a cuidarse mutuamente. El sentir que otros miembros del grupo le necesitan, puede incentivar a un anciano, cuyos objetivos ya se han cumplido para mantenerse activo, para cuidar de sí mismo y aún para contribuir al bienestar de los demás. De hecho, incluso el cuidado de los lactantes de la familia puede beneficiar la salud de las tres generaciones involucradas.

ACCIÓN COMUNITARIA PARA CIUDADANOS DE LA TERCERA EDAD

Casi todas las medidas preventivas y de detección recomendadas en la sección anterior se describen desde una perspectiva clínica. Por fortuna, muchas de las necesidades de las personas mayores pueden satisfacerse parcialmente con actividades a nivel comunitario. Los organismos de la comunidad, los programas de extensión hospitalarios, las iglesias, los grupos de jubilados, los centros de la tercera edad y los vecindarios pueden organizar programas de educación para la salud, pruebas sencillas de detección y, en caso necesario, remitir a los implicados a los lugares adecuados.

Cuando se trata de cambiar los hábitos, el enfoque de grupo tiene una gran ventaja: cuando personas que comparten necesidades similares trabajan dentro de un grupo, pueden enseñarse y motivarse mutuamente con más eficacia, aguzar mejor sus capacidades mediante la imitación y la repetición y recompensarse unas a otras por mantener un estilo de vida más sano. Un grupo amistoso consigue estos objetivos de una forma mucho más sutil, global y potente que cualquier médico, enfermera, maestro o experto, porque muchos ancianos perciben a estos extraños como diferentes de ellos.

Con frecuencia, los grupos de autoayuda surgen por iniciativa de un profesional de la salud y la responsabilidad de su dirección recae poco a poco en líderes del grupo. La OMS reconoce que el movimiento de autoayuda en todas sus formas es un vehículo importante para conseguir la meta de “salud para todos”. Unos grupos pueden centrarse en el ejercicio regular: por ejemplo, un club de pérdida de peso puede organizar paseos diarios de un kilómetro. Los ancianos que han perdido a un ser querido pueden encontrar a otros que están pasando por los mismos quebrantos para discutir los aspectos prácticos y emocionales de la adaptación a la nueva situación. El grupo ayuda a los ancianos dolientes a modificar su enfoque en el pasado, a empezar a planificar la “vida de ahora en adelante” y a valerse por sí mismos en sus nuevas circunstancias. Compartir estas

experiencias puede aliviar la depresión —ciertamente no la empeora. Hablando, caminando juntos o compartiendo pasatiempos activos, los miembros del grupo ayudan a combatir la depresión con medios fisiológicos.

La frecuencia de las pérdidas sociales y de los episodios de depresión aumenta progresivamente en los últimos años de la vida. El antídoto natural es la participación en grupos que comparten intereses o aficiones, actividades y comidas o meriendas, que proporcionan un “cambio de escenario” a los que viven solos y proveen una red de apoyo social. El apoyo se da y se recibe al mismo tiempo; los que dan y los que reciben cambian de puesto a medida que lo hacen las circunstancias. Con gran frecuencia, dar es mucho más útil que recibir. (Para más detalles y una guía práctica de cómo hacerlo en relación con la creación de grupos de sostén, consulte Haber, 1994.)

Según el informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos (Rowe y Kahn, 1998), las claves de un buen envejecimiento son:

- mantener activo el cuerpo,
- mantener activo el cerebro y
- mantener y ampliar las relaciones sociales.

Para promover la salud de los ancianos, la comunidad también puede:

- proporcionar, o incitar a otros a proporcionar, lugares donde los ancianos puedan reunirse y compartir actividades,
- proporcionar periódicamente medidas sencillas de promoción de la salud y detección de las enfermedades en los lugares donde los ancianos se reúnen,
- facilitar el acceso de los ancianos o discapacitados a los negocios y edificios públicos,
- adoptar y poner en práctica medidas de salud, seguridad y calidad de vida en los centros residenciales y
- conseguir la cooperación de organizaciones, escuelas, medios de comunicación, iglesias y otros transmisores de valores para hacer que la vida de la comunidad sea “más fácil para los viejos”.

Health Care
Special Report

2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities

Analysts

Jim Mitchell
+1 813 222-1395
james.mitchell@fitchratings.com

Keith Dickinson
+1 415 732-5622
keith.dickinson@fitchratings.com

Joseph S. Korleski
+1 212 908-0591
joseph.korleski@fitchratings.com

Tommy Chan
+1 212 908-0514
tommy.chan@fitchratings.com

James LeBuhn
+1 312 368-2059
james.lebuhn@fitchratings.com

Frederic J. Martucci
+1 212 908-0554
frederic.martucci@fitchratings.com

Marcelo Olarte
+1 212 908-0508
marcelo.olarte@fitchratings.com

John E. Wells
+1 212 908-0674
john.wells@fitchratings.com

Emily Wong
+1 212 908-0767
emily.wong@fitchratings.com

This report summarizes median financial ratios used by Fitch Ratings in assigning ratings to not-for-profit continuing care retirement communities (CCRCs). Ratios are grouped into three categories — liquidity, profitability and operations, and capital and cash flow. Calculations are based on Fitch-rated credits' fiscal 2004 audited financial statements. However, Fitch included some fiscal 2005 for those facilities with fiscal years ending Jan. 31 through March 31. Financial ratios represent only one of many factors used in determining a CCRC's credit rating. These medians are used as benchmarks and are not considered targets or hurdle rates. Definitions assume the use of generally accepted accounting principles. Fitch welcomes comments on the ratios in this report.

■ Summary and Outlook

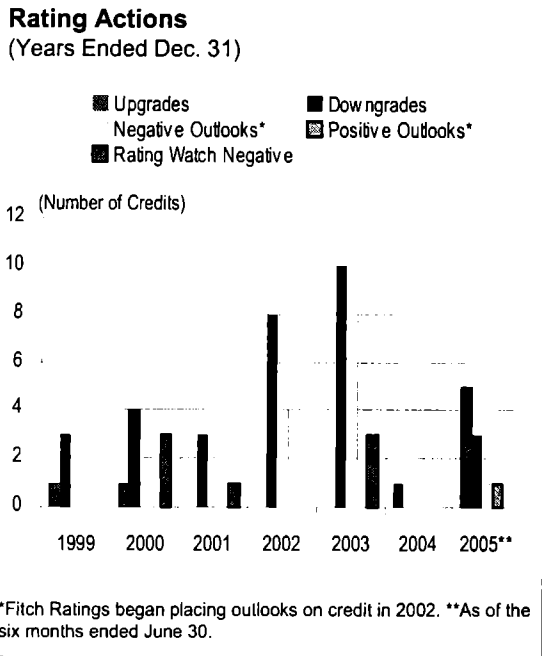
Median profitability ratios in the continuing care retirement communities (CCRCs) sector improved significantly in fiscal 2004, reversing a negative three-year trend that saw profitability margins reach all time lows in fiscal 2003. Although anticipating improved fiscal 2004 profitability, Fitch Ratings did not foresee that it would be so robust. In its report, "2004 Industry Outlook for Continuing Care Retirement Communities," Fitch predicted that 2004 audited financial results would show modest improvement. However, the median excess margin and operating ratio for Fitch's investment-grade portfolio improved more significantly, from 0.3% and 100.4% in fiscal 2003 to 1.5% and 96.7%, respectively, in fiscal 2004. In addition, liquidity measures, while not showing dramatic improvement, were stable to slightly better. Despite improved profitability margins, median debt service coverage for the portfolio remained stable at 2.0 times (x).

This year's median excess margin of 1.5% for all investment grade credits is the highest recorded by Fitch since 2001, ending a three-year negative trend in median profitability. In addition, the median operating ratio, a profitability measure that Fitch weights more heavily than excess margin, improved considerably in fiscal 2004 to 96.7% from 100.4% in fiscal 2003. In fiscal 2004, 38% of Fitch's investment grade-rated CCRCs posted declining trends on their bottom line compared to 43% in fiscal 2003. Furthermore, the number of credits posting bottom-line losses in fiscal year 2004 shrunk to approximately 36%, down from 50% in fiscal years 2002 and 2003. The 2004 median profitability and coverage ratios for borrowers in the 'A' and 'BBB' categories inched closer to the 10-year average.

The average rate of expense growth continued to decrease, climbing just 4.8% in fiscal 2004 from 6.5% in fiscal 2003 and 11.8% in fiscal 2002. Expense pressures continue to be concentrated in labor and insurance. However, revenue has exhibited sound growth, with a total average increase of 6.4% in 2004 versus 7.6% in 2003 and 7.1% in 2002. While revenue growth in 2002 and 2003 was due to better investment returns, resident service revenue drove the increase in 2004, as the average gain in resident revenue was approximately 9.0%. Fitch believes that strong demand and unit expansion contributed to the growth in resident fees.

Three years of negative rating trends ended in 2004, as Fitch did not downgrade a CCRC credit while upgrading one. Since our last median report in September 2004, Fitch has upgraded six credits, downgraded three, and affirmed nine. Fitch expects that the ratio of downgrades to upgrades may be fairly close to one to one over the near term.

September 7, 2005



However, large capital projects could result in negative rating pressure, or inhibit potential rating upgrades. Fitch's 2005 outlook for the CCRC sector anticipated continued improvement based on strong demand for units and an improving economy that should lead to continued strong cash flows, solid debt service coverage, and improved liquidity.

■ Distribution of Ratings

Fitch maintains ratings on 50 CCRCs, 18 of which are in the 'A' category, 29 in the 'BBB' category, and three rated below investment grade. Fitch also rates

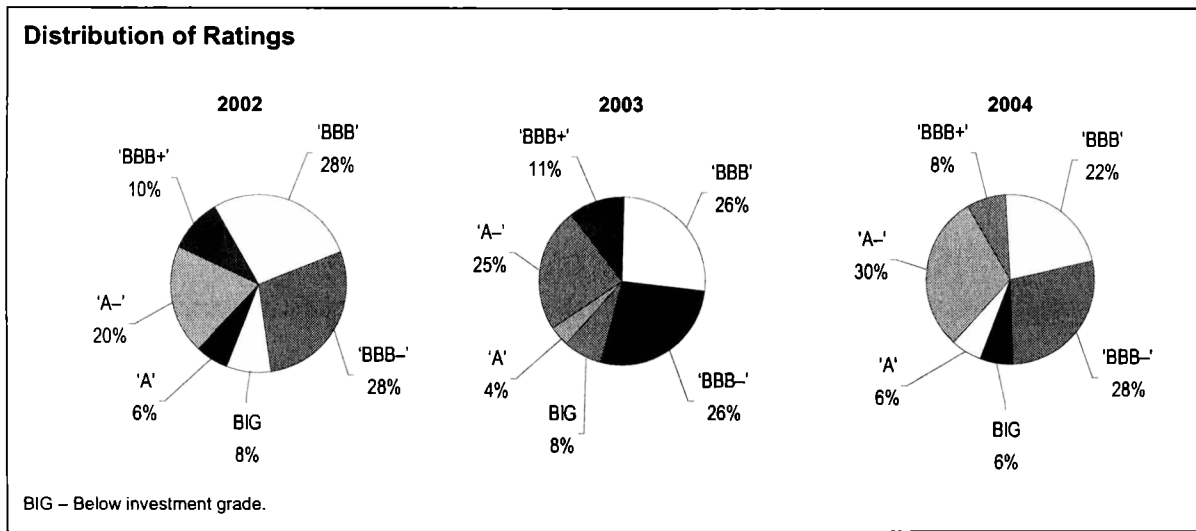
seven nursing home providers that are not included in these median ratios, for a total of 57 senior housing ratings.

Ratings range from a high of 'A' to a low of 'BB'. The average rating of Fitch's portfolio remains stable around 'BBB' compared with 'BBB+' more than five years ago. Multisite organizations make up 42% of Fitch's CCRC portfolio, while 58% are single-site providers.

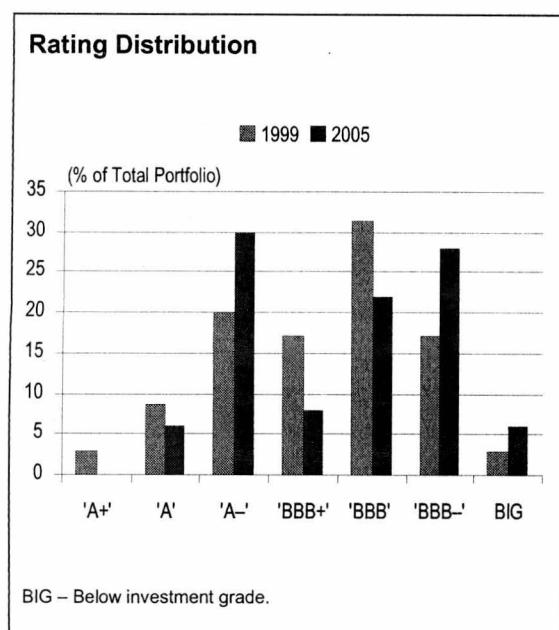
The most noticeable shift in the distribution of ratings was an increase in 'A' and 'A-' credits and a decrease in 'BBB+' and 'BBB' credits (see chart below). Since Fitch published its September 2004 CCRC median report, it has upgraded six CCRC ratings, downgraded three, assigned a negative outlook to one and a positive outlook to another. The universe of ratings included in this year's report has decreased because Fitch has withdrawn three ratings, reclassified two credits as nursing home providers, and added two new relationships since the last median's report.

Of the six upgrades since last year's median report, three were to the 'A' category from the 'BBB' category, two were within the 'BBB' category, and one was within the 'A' category. Of the three downgrades since last year's report, two were to the 'BB' category from the 'BBB' category, and one was within the 'BBB' category.

Fitch believes its portfolio of CCRC credits is a representative sample of the industry in terms of facility configuration, geographic location, and operating environment. Fitch's 50 CCRC credits contain more than 25,900 independent living units



2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities



(ILUs), 6,600 assisted living units, and 12,800 skilled nursing beds nationwide. However, the medians in this report represent only investment-grade credits, a group financially stronger than the industry norm, as most CCRCs in the industry are below investment grade. In fact, less than 10% of CCRCs analyzed by Fitch's health care group actually achieve an investment-grade rating.

Fitch's updated municipal default risk study indicates that hospitals have a much lower default risk than other health care entities. While all health care bonds had a cumulative default rate of 2.45%, hospitals experienced a cumulative default rate of 0.6%, whereas CCRCs, nursing homes, and other nonhospital credits had a significant 17% cumulative default rate (for more information, see *Fitch Research on "Municipal Default Risk Revisited,"* dated June 23, 2003).

Fitch also provides nonrated descriptive reports, especially for start-ups. Fitch's two most recent nonrated descriptive reports include Las Ventanas Retirement Community in Las Vegas, NV and Querencia at Barton Creek in Austin, TX.

■ Discussion of Medians

Liquidity

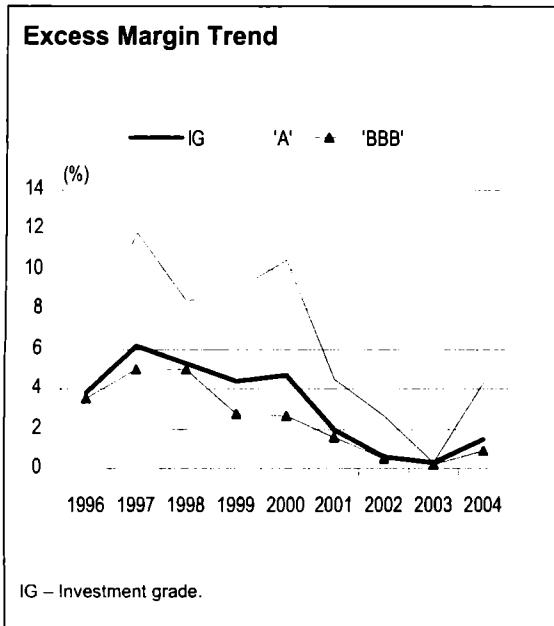
Liquidity ratios for Fitch's entire investment-grade portfolio remained relatively stable in fiscal 2004. Days cash on hand was unchanged for the portfolio at 374 days, while the cushion ratio median rose to 9.0x from 8.8x in 2003. Cash to debt saw an appreciable increase to 79%, up from 68% in 2003. This increase may reflect greater cash flow generated by new entrance fee receipts, as many borrowers are expanding or adding campuses. Also, favorable investment returns may have contributed, as providers' investment portfolios have improved.

CCRC Medians by Rating Category

	IG Medians			'A' Medians			'BBB' Medians		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Sample Size									
Investment Grade Credits	46	49	47	13	15	18	33	34	29
Liquidity Ratios									
Days Cash on Hand	346.0	374.0	374.0	502.0	544.0	617.0	301.0	262.5	278.0
Cushion Ratio (x)	8.1	8.8	9.0	11.6	10.7	12.9	7.0	7.2	6.4
Cash to Debt (%)	68.0	68.0	79.0	127.0	128.0	135.0	58.0	61.5	57.0
Profitability Ratios									
Operating Ratio (%)	99.3	100.4	96.7	98.8	102.3	94.6	100.3	99.8	98.9
Excess Margin (%)	0.6	0.3	1.5	2.6	0.3	4.3	0.5	0.2	0.9
Investment Income as a % of Total Revenue	2.2	2.7	3.1	4.0	3.7	4.7	1.3	2.4	2.5
Resident Service Revenue as % of Total Revenue	81.7	76.2	80.7	73.5	73.0	77.7	82.5	78.3	82.2
Personnel Costs as % of Resident Revenue	63.8	66.3	60.0	70.6	73.4	63.5	62.5	63.0	59.0
Capital and Cash Flow Ratios									
MADS Coverage Ratio (x)	1.8	2.0	2.0	2.3	2.0	2.1	1.6	2.1	2.0
MADS Coverage Ratio — Revenue Only (x)	0.5	0.5	0.8	0.5	0.3	1.0	0.4	0.7	0.6
MADS as % of Revenue	10.7	9.8	9.7	10.1	11.9	10.2	10.8	9.3	9.7
Debt to Cash Flow (x)	6.7	7.6	5.6	5.9	6.9	5.9	7.4	8.4	5.5
Debt to Capitalization (%)	65.4	65.5	70.0	63.4	61.0	54.5	79.8	77.5	80.5
Adjusted Debt to Capitalization (%)	50.5	48.6	46.6	36.0	36.6	35.4	55.5	52.6	54.9
Average Age of Plant (Years)	10.3	9.9	10.0	9.9	9.7	10.0	10.4	10.2	10.4

CCRC – Continuing care retirement community. IG – Investment grade. MADS – Maximum annual debt service.

2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities

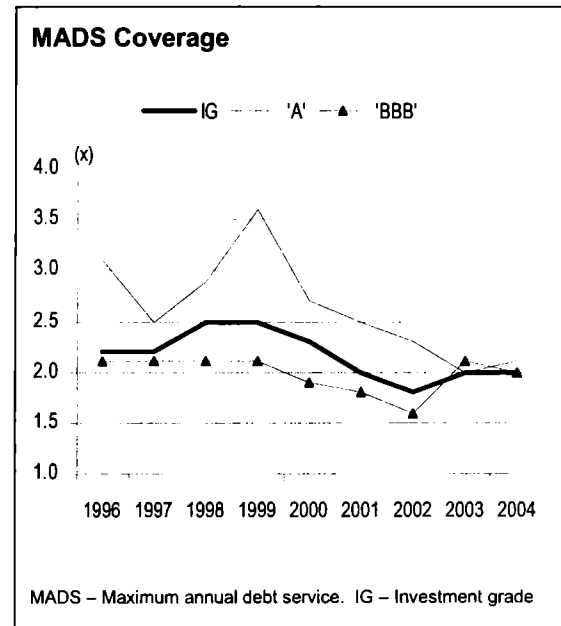


Liquidity levels of 'A' and 'BBB' category credits continued to exhibit positive trends, with days cash on hand and cash to debt increasing for 'A' category credits. Cash to debt for 'A' category credits was again at the highest level ever recorded by Fitch. 'BBB' category credits experienced a rise in days cash on hand but lower median cash to debt ratios. Fitch believes the results for the 'A' category trend reflect the recent upgrades of two credits possessing very high liquidity into the category thus raising the median level. However, as a whole, several of the 'A' category credits are undergoing or recently completed expansion projects that have bolstered liquidity and profitability.

Profitability

Improved portfolio results for median profitability in 2004 were expected, although not to the degree that occurred. In the 2004 outlook report, Fitch predicted modest improvement for the industry. However, the improvement was noted in cash flow measures and debt service coverage but not in median profitability ratios. Profitability measures in 2004 were up considerably as the median excess margin rose to 1.5% from 0.3% in 2003. The median 'A' category credits' excess margin exhibited a sharp rebound to 4.3% from 0.3% the previous year. For 'BBB' category credits, the increase was less pronounced, to 0.9% from 0.2% the previous year.

Fitch believes that operating ratio is a better measure in assessing profitability than the excess margin due to



the significant noncash revenue and expense items recorded on a CCRC's income statement. The median operating ratio for all investment-grade credits improved to 96.7% in 2004 from 100.4% in 2003 (the worst level ever recorded by Fitch). An operating ratio above 100% reflects that operating expenditures (excluding depreciation and amortization expense) exceeded operating revenues (excluding amortization of advance fees), which is viewed negatively by Fitch.

Fitch believes that the improvement in profitability measures is due to several factors. First, expense growth has been contained due to a better labor market and more stable insurance market. Second, successful campus repositioning is adding highly profitable marginal units that has bolstered margins. Lastly, investment portfolios have been restructured to lower the volatility of investment returns.

Fitch believes profitability can be maintained at or above 2004 levels over the near term. As systems continue to grow via expansion, acquisition, and new campuses, profitability should be enhanced. In addition, consolidation in the industry should begin to occur as well-established, successful borrowers may look to form regional systems to create economies of scale. Fitch continues to see more borrowers improve profitability as 61.4% of Fitch's 47 investment-grade-rated credits exhibited a positive trend in profitability, while 64% of the portfolio was profitable as measured by excess margin.

CCRC Medians by Contract Type

	Type A			Type B			Type C		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Sample Size									
Investment Grade credits	21	21	20	11	13	10	14	15	14
Liquidity Ratios									
Days Cash on Hand	432.0	440.0	464.0	243.5	258.0	341.0	214.0	239.0	284.0
Cushion Ratio (x)	9.2	9.5	10.2	5.4	5.2	5.1	8.1	9.8	10.7
Cash to Debt (%)	79.0	84.0	94.0	45.5	44.0	57.0	59.0	70.0	79.0
Profitability Ratios									
Operating Ratio (%)	105.8	104.7	100.4	99.1	102.4	98.2	94.5	93.5	92.8
Excess Margin (%)	1.6	0.4	1.5	(2.8)	(1.6)	0.7	1.1	0.9	2.5
Investment Income as a % of Total Revenue	3.5	3.4	4.0	3.1	1.9	3.2	0.7	1.4	2.7
Resident Service Revenue as % of Total Revenue	75.4	74.1	78.8	84.2	80.4	79.6	89.0	79.9	82.3
Personnel Costs as % of Resident Revenue	63.4	68.8	60.4	65.2	61.5	57.9	62.1	69.6	62.0
Capital and Cash Flow Ratios									
MADS Coverage Ratio (x)	1.6	2.0	2.3	1.7	1.9	2.0	2.0	2.5	2.0
MADS Coverage Ratio - Revenue Only (x)	0.1	0.2	0.6	0.8	0.4	0.8	1.6	1.8	1.3
MADS as a % of Revenue	12.0	11.4	9.7	11.4	11.6	11.0	6.9	7.0	9.4
Debt to Cash Flow (x)	6.5	6.9	5.7	5.8	3.7	6.2	6.6	8.5	5.5
Debt to Capitalization (%)	81.9	77.8	77.5	77.7	77.5	79.6	53.3	50.9	52.8
Adjusted Debt to Capitalization (%)	48.1	47.6	46.6	55.7	50.3	49.0	51.9	50.9	44.0
Average Age of Plant (Years)	11.1	9.7	10.5	9.2	9.1	8.8	9.6	10.1	10.2

CCRC – Continuing care retirement community. MADS – Maximum annual debt service.

Fitch expects to see continued improvement in the overall credit profile of the investment-grade portfolio. In the 2005 outlook for continuing care retirement communities, Fitch stated that profitability may become impaired by capital projects and increasing debt burden. Fitch now expects profitability measures to be maintained at 2004 levels or improve slightly. Fitch continues to believe that CCRCs must become less reliant on investment income for profitability and begin to focus on generating more favorable operating performance.

Investment Income

The typical not-for-profit CCRC continues to rely on investment income to subsidize operating losses and sustain bottom line profitability. As a result, Fitch believes CCRCs generally are at risk to erratic profitability trends and credit downgrades during market downturns.

Investment income as a percentage of total revenue for all Fitch-rated investment-grade credits increased to 3.1% in 2004 from 2.7% the previous year, reflecting positive investment returns in 2004. The greater percentage in 2004 also marks a larger reliance on investment income to sustain profitability, although this reliance is still well below 2000 and 2001 levels when investment income as a percentage of total revenue was 7.5% and 4.8%, respectively.

Labor and Insurance

Using the average rate of total expense growth as a benchmark for measuring labor and insurance cost inflation, labor and insurance premium expenses slowed in 2004 compared with the prior year. The average rate of total expense growth fell to 4.8% in 2004 from 6.5% in 2003. In addition, personnel costs as a percentage of resident service revenue fell to 60.0% in 2004 from 66.3% (the highest ever recorded by Fitch) in 2003 and 63.8% in 2002. This reduction in personnel costs highlights not only strong resident revenue growth (9.0% in 2004) but cost savings achieved through nurse recruitment and retention initiatives. However, despite the improvement in 2004, Fitch believes CCRC managers will continue to be challenged by high nurse and other employee turnover. Furthermore, due to the national shortage of nurses, CCRCs will compete more intensely with acute care hospitals and other health care providers for the limited supply of nurses. Moreover, Fitch believes that labor and insurance expense growth will continue to outpace normal economic inflation for the next several years, particularly in light of Hurricane Katrina.

Capital and Cash Flow

For all investment-grade credits, the median debt service coverage ratio remained at 2.0x in 2004. However, as to be expected, Type A and Type B facilities experienced greater debt service coverage improvement than Type C facilities due to the

Fitch-Rated CCRC Credits

Credit	Rating	Type
Friendship Village of South County (MO)	'A'	A
Moorings, Inc. (FL)	'A'	A
Royal Oaks Life Care Center (AZ)	'A'	A
Baptist Homes of Indiana Obligated Group (IN)	'A-'	B
Bethesda Health Group of St. Louis, Inc. (MO)	'A-'	B
Broadmead (MD)	'A-'	A
Buckner Baptist Benevolences (TX)	'A-'	C
Deerfield Episcopal Retirement Community (NC)	'A-'	A
Friendship Village of Dublin, Ohio, Inc. (OH)	'A-'	A
Hebrew Home of Greater Washington (MD)	'A-'	C
Immanuel Health System, Inc. (NE)	'A-'	B
John Knox Village (MO)	'A-'	B
Lutheran Senior Services (MO)	'A-'	B
Marquette Manor (IN)	'A-'	A
Sunset Retirement Communities, Inc. (OH)	'A-'	C
Three Pillars Senior Living Communities (WI)	'A-'	C
Trezevant Manor & Allen Morgan Health Center (TN)	'A-'	A
Willow Valley Manor (PA)	'A-'	A
ACTS Retirement-Life Communities, Inc. (PA)	'BBB+'	A
Chestnut Knoll (MA)	'BBB+'	C
Covenant Retirement Communities, Inc. (IL)	'BBB+'	B
Diakon Lutheran Social Ministries (PA)	'BBB+'	C
Asbury Methodist Village (MD)	'BBB'	B
The Army Retirement Residence Foundation (TX)	'BBB'	A
Bethesda Home and Retirement Center (IL)	'BBB'	A
Bishop Gadsden Retirement Community (SC)	'BBB'	A
Brookhaven at Lexington Retirement Community (MA)	'BBB'	A
Friendship Village of West County (MO)	'BBB'	A
Harrogate, Inc. (NJ)	'BBB'	A
Lutheran Social Services of South Central PA (PA)	'BBB'	C
Presbyterian Retirement Communities, Inc. (FL)	'BBB'	B
St. John's Home of Milwaukee and Sunrise Care Center, Inc. (WI)	'BBB'	A
United Methodist Retirement Communities, Inc. (MI)	'BBB'	C
Crane's Mill (NJ)	'BBB-'	A
Friendship Village of Columbus, Ohio, Inc. (OH)	'BBB-'	A
Friendship Village of Kalamazoo (MI)	'BBB-'	A
Glen Retirement System, The (LA)	'BBB-'	C
Greenwood Village South (IN)	'BBB-'	B
Holland Home Obligated Group (MI)	'BBB-'	A
O'Connor Woods (CA)	'BBB-'	C
Presbyterian Villages of Michigan Obligated Group (MI)	'BBB-'	C
Ridgecrest Village (IA)	'BBB-'	A
Sunnyside Village (FL)	'BBB-'	B
United Church Homes, Inc. (OH)	'BBB-'	C
Wesley Enhanced Living (PA)	'BBB-'	C
Wesley Willows, Inc. (IL)	'BBB-'	C
Winchester Gardens At Ward Homestead (NJ)	'BBB-'	B
Friendship Village of Schaumburg (IL)	'BB+'	B
Nazareth Living Center (MO)	'BB+'	C
Wesbury United Methodist Community Obligated Group (PA)	'BB'	B

CCRC – Continuing care retirement community.

completion of many campus repositioning and expansion projects and the resulting increase in initial entrance fee receipts. The median maximum annual debt service (MADS) coverage ratio for Type A and Type B facilities improved to 2.3x and 2.0x in 2004 from 2.0x and 1.9x from 2003, respectively. In contrast, the median MADS debt service coverage ratio for Type C CCRCs fell to 2.0x from 2.5x over the same period, as entrance fees for Type C facilities are typically much lower than entrance fees for Type A and Type B facilities. Revenue-only MADS coverage improved for all investment-grade credits to

0.8x in 2004 from 0.5x in 2003, reflecting improved expense control and better operating profitability. Among various rating categories, the median MADS debt service coverage ratio for 'A' category credits improved slightly to 2.1x in 2004 from 2.0x in 2003 and the median MADS debt service coverage ratio for 'BBB' category credits declined slightly to 2.0x from 2.1x over the same period. These results are to be expected given that 'A' category credits typically exhibit stronger profitability and cash flow ratios than 'BBB' category credits.

Debt to capitalization for all investment grade credits increased to 70.0% in 2004 from 65.5% in 2003. The increase reflects the rise in debt issuance in 2004 to finance expansion and repositioning projects. However, despite the increase in debt, MADS as a percentage of revenue remained relatively stable at 9.7% in 2004 compared with 9.8% in 2003, reflecting revenue growth outpacing the rate of MADS growth.

■ Future Capital Needs and Campus Repositioning

Repeating a familiar theme, Fitch believes that capital needs will continue to be a major concern in the industry as the average age of plant among CCRCs continues to increase. By nature, investment-grade CCRCs tend to be older, more mature communities. As a result, these communities face significant challenges in keeping their physical plant updated and ILUs properly sized to meet the demands of the senior consumer. For example, many communities are experiencing difficulty filling studio and small one-bedroom apartments as the demand for these units weakens. In response, many Fitch-rated CCRC's are consolidating smaller units into larger, more desirable apartments. While Fitch believes the repositioning and growth of facilities could pressure profitability margins in the short term, Fitch also believes that the proper repositioning and growth of facilities will be critical in determining the long-term success of a senior living organization. Therefore, while profitability margins could suffer in the short run, Fitch considers facilities that neglect repositioning to maintain current margins could be endangering their future viability.

Total bond volume issuance in the long-term care sector remained stable in 2004 at \$3.2 billion. This follows a 17.9% decline in total par amount issued in 2003 compared with 2002. Bond volume through the first six months of 2005 was \$1.2 billion compared with \$1.1 billion through the same period the previous year. Fitch believes the slight rise in debt issuance reflects pent-up demand for capital needs, as

the deteriorating credit profile of CCRCs prior to 2004 hindered them from accessing capital in the previous two and one-half years. With modest improvement expected in the sector, Fitch believes bond volume may continue to rise in the near term.

■ Type A, B, and C Facilities

Of Fitch's 50 rated CCRCs, 21 are Type A, 13 are Type B, and 16 are Type C. Fitch views Type A CCRCs as having the riskiest residency contract agreements due to the health care liability risk. Fitch believes it is important for "median watchers" to examine the medians by contract type, as Type A life care facilities operate on a different business model than Type C facilities. Fitch expects Type A facilities to have a much stronger liquidity position and lower revenue-only coverage than Type C facilities due to the higher entrance fees generally charged by Type A facilities. Type B facilities have experienced the worst financial performance in Fitch's portfolio over the past four years. However, profitability measures for Type B facilities were positive in 2004 after two consecutive years of negative excess margin median ratios. Type A and C facilities remained profitable during this period, and median profitability ratios for both facility types demonstrated improvement in 2003–2004.

■ Ten-Year Average Medians

Fitch believes a ten-year average of its ratios provides a consistent benchmark for existing credits and first-time rating seekers. While year-to-year ratios may vary, organizations interested in pursuing a rating should use these ten-year average ratios as a comparative tool for a preliminary assessment of a rating category.

Residency Contracts

Extensive Agreement (Type A — Life Care):

In addition to housing, residential services, and amenities, this contract includes an unlimited amount of nursing care with no increase in monthly service fees. Residents pay the same charge for care while occupying a nursing unit in the health center as they would in a residential unit. Management may increase periodic fees, usually due monthly, for normal operating costs and inflation adjustments.

Modified Agreement (Type B): This contract includes housing, residential services, and amenities. It also covers a certain amount of long-term nursing care, e.g. 30 days per year. Nursing home fees equal the monthly fee paid in the residential unit during this covered period. After the covered period expires, residents pay prevailing market rates.

Fee-for-Service (Type C): This contract includes housing, residential services, and amenities. Residents have guaranteed access to the CCRC's nursing home but pay prevailing market rates. Contracts may or may not require the payment of an entrance fee.

As measured by operating ratio and excess margin, Fitch's 2004 medians showed improvement in profitability from 2003–2004. However, the ten-year average medians for both measures remained above 2004 results in each category. In terms of liquidity, 2004 median ratios for both days cash on hand and cash to debt exceeded the ten-year average medians in each category. For the investment-grade and 'A' category credits, 2004

Ten Year Average of CCRC Medians by Rating Category

(Average Medians from 1995–2003)

	IG Medians	'A' Medians	'BBB' Medians
Liquidity Ratios			
Days Cash on Hand	326.9	498.7	271.1
Cushion Ratio (x)	7.4	10.3	6.3
Cash to Debt (%)	66.1	106.8	56.7
Profitability Ratios			
Operating Ratio (%)	97.0	95.7	98.1
Excess Margin (%)	3.2	6.0	2.6
Resident Service Revenue as % of Total Revenue	76.5	73.9	79.0
Capital and Cash Flow Ratios			
Debt Service Coverage Ratio (x)	2.2	2.7	2.0
Debt Service Coverage Ratio – Revenue Only (x)	1.0	0.9	0.9
MADS as % of Revenue	10.6	10.8	10.4
Debt to Capitalization (%)	65.5	65.4	71.2
Adjusted Debt to Capitalization (%)	48.2	37.5	51.8
Average Age of Plant (Years)	9.9	9.8	9.9

CCRC – Continuing care retirement community. MADS – Maximum annual debt service.

2005 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities

Investment Grade Occupancy Rates

(%)

	2002	2003	2004
Independent Living Unit	95.0	95.4	94.1
Assisted Living Unit	92.2	90.0	92.0
Skilled Nursing Unit	93.2	92.2	92.6

median debt service coverage ratios were below the ten-year average medians. For the 'BBB' category credits, 2004 results are in line with the ten-year average medians.

Of the 15 financial ratios calculated as part of an analysis, Fitch considers operating ratio, days cash on hand, cash to debt, debt service coverage, and average age of plant as the most important.

■ Occupancy Data

Occupancy results for 2004 were solid for a fifth straight year, although the median occupancy in independent living declined from 95.4% in 2003 to 94.1%. Occupancy continued to exceed 90% in all levels of care with slight improvements in the assisted living and skilled nursing sectors. Fitch believes the decline in independent living occupancy is due primarily to campus expansions and repositioning projects that have tempered occupancy at some facilities as new units fill. Fitch expects occupancy rates to remain strong over the near term due to an aging population, strong demand, and a favorable economic environment.

■ Forecast

Fitch foresees continued improvement in the CCRC industry. Audited financial statements for fiscal 2005 should continue improving, although median profitability is not expected to rise as significantly as it did in 2004. As many campuses complete repositioning and expansion projects, financial results could improve and liquidity growth should resume. As in 2004, Fitch expects further delineation between 'A' and 'BBB' category credits. The 2004 median results portrayed greater improvement in credit profiles in the 'A' category than in the 'BBB' category.

Rating action through the first six months of 2005 provide evidence of the trends exhibited in the medians. Through the six months ended June 30, 2005, Fitch upgraded three credits, downgraded three, and affirmed six. Two of the three downgrades

Median Number of Units/Beds - 2004

	ILU	ALU	SNF
Investment Grade Credits	267	50	106
'A' Credits	334	45	112
'BBB' Credits	250	60	101

ILU – Independent living units. ALU – Assisted living units.
SNF – Skilled nursing facility.

were due to campus repositioning projects that produced a credit risk in the near term.

Fitch continues to see sound financial performance in interim financial statements in 2005. While we do not expect profitability margins to improve at the same level as 2004, stable to slightly better margins are anticipated. Industry strengths continue to be sound demand for units, high occupancy rates, and better management practices. Continued expansion and repositioning of campuses may depress profitability at certain facilities in the near term, but provide a better credit profile over the long term.

Fitch believes management practices are improving. However, implementation of formal internal control procedures including the adoption of certain provisions of Sarbanes Oxley needs to be more consistently applied throughout the industry. For best practices, please view Fitch's report "Sarbanes-Oxley and Non Profit Hospitals (Increased Transparency and Improved Accountability)," dated Aug. 9, 2005.

■ Related Research

The following reports are available on Fitch's web site at www.fitchratings.com:

- "Sarbanes-Oxley and Non-for-Profit Hospitals (Increased Transparency and Improved Accountability)," dated Aug. 9, 2005.
- "Rating Process for Nonprofit Health Care Credits," dated July 11, 2005.
- "Investment and Debt Portfolio Trends of Hospitals and Health Care Systems — 1995–2003," dated May 23, 2005.
- "Health Care Rating Actions for the Six Months Ended June 30, 2005," dated July 11, 2005.
- "2005 Industry Outlook for Nonprofit Continuing Care Retirement Communities and Nursing Homes," dated March 9, 2005.
- "2004 Median Ratios for Continuing Care Retirement Communities," dated Sept. 7, 2004.

Definition of Ratios

Liquidity

To obtain unrestricted liquidity, unrestricted cash and investments are added to a portion of "assets limited as to use." Within assets limited as to use, Fitch Ratings includes board-designated assets set aside for capital improvements or investment as unrestricted because these funds are limited at the board of trustees' discretion and can be used for operating purposes. The footnotes of the financial statements usually indicate what portion (if any) of the assets limited as to use are board-designated assets set aside for capital improvements.

Daily cash operating expenses and daily operating revenues are used in several of the ratios defined below. Daily cash operating expenses are defined as total operating expenses less noncash expenses, such as depreciation and amortization expenses and provision for uncollectible accounts (bad debt expense), divided by 365 days. Daily operating revenue is defined as total unrestricted revenue, gains, and other support, divided by 365 days.

Days Cash on Hand: Unrestricted cash and investments divided by daily cash operating expenses.

Cushion Ratio (x): Unrestricted cash and investments divided by maximum annual debt service (MADS).

Cash to Debt (%): Unrestricted cash and investments divided by long-term debt less current maturities.

Profitability and Operational

Operating Ratio (%): Total operating expenses minus depreciation and amortization expense divided by total revenue minus amortization of advance fees.

Excess Margin (%): Total operating revenues minus total operating expenses plus non-operating revenues, divided by total operating revenues plus non-operating revenues.

Investment Income as % of Total Revenue: Investment income divided by total revenue.

Resident Service Revenue as % of Total Revenue: Total revenue less amortization of advance fees, investment income, and contributions divided by total revenue.

Personnel Costs as % of Resident Revenue: Salaries, wages, and benefits divided by total resident revenue.

Capital Structure and Cash Flow

Debt Service Coverage Ratio (x): Excess income/(loss) plus interest, depreciation, and amortization expenses minus amortization of advance fees plus net advance fees received divided by MADS.

Debt Service Coverage Ratio (Revenue Only – Without Benefit of Resident Turnover Fees) (x): Excess income/(loss) plus interest, depreciation, and amortization expenses minus amortization of advance fees divided by MADS.

MADS as % of Total Revenue: MADS divided by total revenue.

Debt to Cash Flow (x): Long-term debt divided by excess income/(loss) plus interest, depreciation, and amortization expenses minus amortization of advance fees plus proceeds from net advance fees received.

Debt to Capitalization (%): Long-term debt plus capital leases minus current maturities, divided by long-term debt plus capital leases minus current maturities plus unrestricted net assets.

Adjusted Debt to Capitalization: Long-term debt plus capital leases minus current maturities, divided by long-term debt plus capital leases minus current maturities plus deferred revenue from nonrefundable advance fees plus unrestricted net assets.

Average Age of Plant (Years): Accumulated depreciation divided by depreciation expense.

Copyright © 2005 by Fitch, Inc., Fitch Ratings Ltd. and its subsidiaries. One State Street Plaza, NY, NY 10004.

Telephone: 1-800-753-4824, (212) 908-0500. Fax: (212) 480-4435. Reproduction or retransmission in whole or in part is prohibited except by permission. All rights reserved. All of the information contained herein is based on information obtained from issuers, other obligors, underwriters, and other sources which Fitch believes to be reliable. Fitch does not audit or verify the truth or accuracy of any such information. As a result, the information in this report is provided "as is" without any representation or warranty of any kind. A Fitch rating is an opinion as to the creditworthiness of a security. The rating does not address the risk of loss due to risks other than credit risk, unless such risk is specifically mentioned. Fitch is not engaged in the offer or sale of any security. A report providing a Fitch rating is neither a prospectus nor a substitute for the information assembled, verified and presented to investors by the issuer and its agents in connection with the sale of the securities. Ratings may be changed, suspended, or withdrawn at anytime for any reason in the sole discretion of Fitch. Fitch does not provide investment advice of any sort. Ratings are not a recommendation to buy, sell, or hold any security. Ratings do not comment on the adequacy of market price, the suitability of any security for a particular investor, or the tax-exempt nature or taxability of payments made in respect to any security. Fitch receives fees from issuers, insurers, guarantors, other obligors, and underwriters for rating securities. Such fees generally vary from USD1,000 to USD750,000 (or the applicable currency equivalent) per issue. In certain cases, Fitch will rate all or a number of issues issued by a particular issuer, or insured or guaranteed by a particular insurer or guarantor, for a single annual fee. Such fees are expected to vary from USD10,000 to USD1,500,000 (or the applicable currency equivalent). The assignment, publication, or dissemination of a rating by Fitch shall not constitute a consent by Fitch to use its name as an expert in connection with any registration statement filed under the United States securities laws, the Financial Services and Markets Act of 2000 of Great Britain, or the securities laws of any particular jurisdiction. Due to the relative efficiency of electronic publishing and distribution, Fitch research may be available to electronic subscribers up to three days earlier than to print subscribers.

Con el fin de conocer el estado de la salud de la Persona Adulta Mayor, se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario del nivel central del Ministerio de Salud, el cual se dividió en grupos de trabajo, de acuerdo a los diferentes elementos tratados en la investigación, tomando en cuenta la experiencia, especialidad y la relación con otras instituciones y expertos.

Se inició con reuniones semanales, con el fin de discutir, aportar y consensuar, sobre aquellos aspectos que a nuestro parecer, darían los insumos para la creación de políticas, planes y proyectos a escala nacional.

Una vez que se logró el consenso, en una segunda etapa los grupos de trabajo, continuaron la labor por separado.

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio es bibliográfico, además puede ser considerado exploratorio, en el entendido de que se emplean variables e indicadores usados en el análisis de situación de salud, en los perfiles de salud y en las normas y técnicas de la estructura administrativa de la institución. Además, es exploratorio, por cuanto pretende identificar dos dimensiones de la salud: la situación y la condición en salud de la persona adulta mayor, respaldada con una aproximación teórica y sustentada con la descripción y análisis de variables e indicadores previamente definidos.

Los estudios exploratorios, *“sirven para describir globalmente los fenómenos de salud, considerados diagnósticos de salud y para asociar y relacionar hechos de salud y condiciones de vida entre otros”* (Castellanos; Pedro Luis: 1990:38).

Se describe el estado de salud de acuerdo a la incidencia y valores de ciertas variables e indicadores desde información estadística.

3.2 Recolección de la información

Se identificaron las posibles fuentes de información primaria, de acuerdo a la credibilidad, prestigio, valor científico, disponibilidad y anuencia por parte de las autoridades de esas instancias.

Una vez detectada las fuentes de información, se iniciaron los contactos, con el aval de las autoridades para garantizar el acceso a la información requerida. Además, se solicitó información sobre temas y variables específicas a algunos funcionarios del Ministerio de Salud, de acuerdo a la especialidad de cada uno de ellos.

Se realizaron reuniones de consulta y discusión sobre los recursos y otros elementos más idóneos para procesar la información, la cual una vez recolectada, revisada, analizada y relacionada, se presentó en cuadros estadísticos que permitieron visualizar con mayor claridad, el estado de salud de este grupo etáreo.

Se utilizó información principalmente bioestadística correspondiente a datos nacionales, basados en el último Censo Nacional de Población y V de Vivienda del año 2000. Otros datos cuantitativos utilizados, corresponden a los años 2001 y 2002, en donde, con algunas excepciones, la población meta fueron las personas de 60 años y más.

3.3 Limitaciones

- Los datos recolectados son cuantitativos, ya que no existe información cualitativa que permita una visión integral del estado de salud de la persona adulta mayor.
- No se encontró información segregada por:
 - Zona urbano o rural.
 - Accesibilidad de los servicios de salud.
 - En materia de seguridad alimentaria nutricional y sobre salud bucodental, no existen estudios realizados a nivel nacional.
- El equipo investigador, dispuso casi en su totalidad de fuentes secundarias.
- El equipo investigador no contó con los recursos materiales tales como: computadora, tintas, transporte, programas computacionales, humanos, entre otros.

3.4 Fuentes de información

Para recopilar la información se recurrió a:

3.4.1 Fuentes primarias

Las fuentes de información, que permitieron alcanzar los objetivos de esta investigación, se encuentran tanto en documentos como en las instituciones involucradas en la temática del adulto mayor, las cuales se presentan a continuación:

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- Registros Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Bioestadística, Ministerio de Salud.
- Universidad de Costa Rica (UCR).
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

3.4.2 Fuentes secundarias

En cuanto a las teorías del envejecimiento, se utilizó principalmente, el documento *Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina*, por Paula Aranibar, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Además, se consultó el estudio **Arreglos de Convivencia de la Población Adulta Mayor**, del MSc. Ólman Ramírez Moreira, de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica.

Por otra parte, se revisó el cuestionario **La Población Adulta Mayor Costarricense de la GAM, Percepciones y Necesidades**, elaborado y aplicado en el año 2002, por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Heredia.

De la Universidad de Costa Rica, se utilizó el compendio de programas y proyectos de las Vicerrectorías de Investigación, Acción Social y de Docencia, relacionadas con la Población Adulta Mayor.

También, se revisaron políticas y estrategias de la población adulta mayor del Ministerio de Salud.

3.5 Variables e indicadores

En este estudio y de acuerdo con lo estipulado en los objetivos específicos, se trabajó con las siguientes variables, las cuales son utilizadas en las normas y técnicas para definir la situación y condición de salud del adulto mayor a saber:

- Variable No. 1: Generalidades de la Población Adulta Mayor
- Variable No. 2: Vivienda
- Variable No. 3: Factores socioculturales
- Variable No. 4: Servicios de salud
- Variable No. 5: Morbi-mortalidad
- Variable No. 6: Programas sociales

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi031-205t.htm

Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor

Manolo Gómez Juanola,¹ Abanis López Zamora,² Mayra Moya Rodríguez² y Omayda Rosa Hernández Jiménez¹

Si queremos conocer acerca de un país o una sociedad, debemos conocer cómo vive y actúa la familia; si queremos prever el futuro de una sociedad, podemos saber bastante de ella observando las familias; y si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, o por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de estas respuestas están en la historia familiar de cada uno.¹

El papel y la posición del adulto mayor en la familia y la sociedad han tenido variaciones de acuerdo con el desarrollo social.² La familia constituirá por siempre la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada,³ y para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido.⁴

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, decidimos la realización del presente trabajo, con el objetivo de evaluar las relaciones familiares de los ancianos a partir de sus propias percepciones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y descriptivo, durante el mes de octubre de 2003, en el área atendida por el Consultorio Médico No. 3 del policlínico de San Diego de los Baños, con el objetivo de caracterizar las relaciones familiares del adulto mayor, según las variables: edad, ocupación y niveles funcionales. El universo estuvo constituido por los 120 que componían dicho sector, y la muestra quedó conformada por 80 de ellos, que convivían en el seno de familias extensas o ampliadas. Como instrumentos de evaluación fueron empleados la prueba de relaciones familiares, el índice de Katz y el índice de Lawton.

Existen 3 niveles funcionales determinados por el índice de Katz y Lawton:

Nivel I: cuando el paciente sea dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Nivel II: cuando el paciente sea independiente para las ABVD, pero dependiente para alguna de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).

Nivel III: cuando el paciente sea independiente para las ABVD y AIVD.

Los datos fueron analizados con ayuda de una calculadora y aplicada la prueba de Chi cuadrado, contenido en el paquete estadístico MICROSTAT, con nivel de ajuste de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

La tabla 1 devela el predominio de las relaciones familiares muy armónicas (93,7 %) y armónicas (79,1 %) en el grupo etáreo de 60 a 69 años. De los 24 ancianos que perciben dificultades en sus relaciones familiares el 75 % corresponde al grupo de 70 a 79 años ($p < 0,05$).

TABLA 1. Tipos de relaciones familiares según edad

Relaciones familiares	60-69 años		70-79 años		+ 80 años	
	n	%	n	%	n	%
Muy armónicas (n = 32)	30	93,7	2	6,3	-	-
Armónicas (n = 24)	19	79,1	4	16,7	1	4,2
Poco armónicas (n = 7)	1	14,4	4	57,1	2	28,5
Disarmónicas (n = 17)	1	6,0	14	82,3	2	11,7
Total	51	63,7	24	30,0	5	6,3

Fuente: Encuesta.

Al analizar la distribución de las relaciones familiares según ocupación (tabla 2), observamos un predominio de las relaciones muy armónicas y armónicas en los ancianos ocupados (40 casos, 71,4 %), y de las relaciones poco armónicas y disarmónicas en los adultos mayores sin vínculo laboral (19 casos, 79,1 %), lo cual resulta estadísticamente significativo.

TABLA 2. Tipo de relaciones familiares según ocupación

Relaciones familiares	Ocupado		Desocupado	
	n	%	n	%
Muy armónicas (n = 32)	25	78,1	7	31,9
Armónicas (n = 24)	15	62,5	9	37,5
Poco armónicas (n = 7)	2	28,5	5	71,5
Disarmónicas (n = 17)	3	17,7	14	82,3
Total	45	56,2	35	43,8

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 apreciamos que de manera significativa prevalecen las relaciones muy armónicas y armónicas en el nivel funcional III (41 casos, 73,2 %), mientras que en los que perciben sus relaciones como poco armónicas y disarmónicas predomina el nivel funcional II (18 casos, 75 %).

TABLA 3. Tipos de relaciones familiares según niveles funcionales

Relaciones familiares	Nivel I		Nivel II		Nivel III	
	n	%	n	%	n	%
Muy armónicas (n = 32)	-	-	8	25,0	24	75,0
Armónicas (n = 24)	3	12,5	4	16,7	17	70,8
Poco armónicas (n = 7)	-	-	5	71,5	2	28,5
Disarmónicas (n = 17)	3	17,6	13	76,4	1	6,0
Total	6	7,5	30	37,5	44	55,0

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

El número de adultos mayores disminuye a medida que aumenta la edad y se sobrepasa la expectativa de vida, que en Cuba es de 75 años.⁵ Los resultados en cuanto a la edad guardan relación con lo informado por otros autores,⁶⁻⁹ aunque también difieren de lo encontrado en otros estudios.¹⁰⁻¹² Con el incremento de los años, las personas padecen de enfermedades crónicas y discapacidades, lo cual repercute en la dinámica familiar y en la forma de cómo perciben las relaciones familiares las personas de mayor edad. *Domínguez Sánchez* y otros,⁴ en una serie de 144 ancianos, encontraron predominio de las relaciones poco armónicas y disarmónicas.

Las relaciones familiares están determinadas por múltiples factores: unos de tipo físico-material y otros del tipo psicológico afectivo, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia, así como el bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Entre el senescente y su familia se establece casi siempre una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana, que le permiten seguir sintiéndose útil.¹³

El individuo de 60 años o más que se encuentra laboralmente activo tiene un sinnúmero considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfecho en su núcleo familiar, pues presupone la conservación del status familiar, al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia.⁷ En este estudio se encontró una fuerte asociación entre el tipo de relación familiar percibida por el adulto mayor y su estado de ocupación laboral ($p < 0,05$).

Los hallazgos en relación con los niveles funcionales se corresponden con lo informado por *Megret Caballero* y otros.¹⁴ La dinámica familiar puede verse afectada en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del padecimiento de una enfermedad crónica o una discapacidad.¹⁵ En la medida que el anciano tenga mayor autonomía e independencia, se favorece también su estado emocional, y ello permite la satisfacción de poder ayudar en el hogar, y así mejora la percepción, que sobre las relaciones familiares, posee el anciano. Nuestro estudio demostró fuerte asociación entre los altos niveles funcionales y las relaciones familiares favorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz Gómez MT. La salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):439-45.
2. Sousa Pérez B, Rodríguez Murga H, García Chávez M, Gilvao ME. Estado anímico del adulto mayor según el lugar donde realiza sus actividades. Rev Cubana Enferm 1998;14(3):161-73.
3. López Pérez MB. La familia y el anciano. En: Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996. p. 38-40.
4. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayorre VH. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):418-22.
5. González Sánchez RL, Fernández Torrente E, Rodríguez Sánchez R, Romero Guardes M. Características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios del policlínico California. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(1):38-42.
6. Guibert Reyes W, Trujillo Grás O. Intento suicida del adulto mayor en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):509-15.
7. Díaz Tabares O, Soler Quintana ML, García Capote M. El apgar familiar en ancianos conviventes. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):548-53.
8. Campillo Montilva R, González González A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(6):540-4.
9. Montané Avendaño A, Hernández Soto AI, Hernández Elías H, Bravo Cruz C. Características socioeconómicas de un grupo de ancianos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2201;5(2). Disponible en: <http://www.pri.sid.cu.facultad/revistas/revista2-2001.html>
10. Regueira Naranjo JL, Conde Martín M, Barrio Taupier I del, Cervera Estrada L. Polifarmacia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(4):346-9.
11. Regueira Naranjo JL, Cervera Estrada L, Pereira Jiménez I, Pérez Rivero JL. Autonomía y validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):222-6.
12. Soria Bell B, Rodríguez Saif AJ. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev Cubana Enferm 2002;18(2):116-21.
13. Martínez Sánchez I, Cordero Vidal Y, Quintero Rodríguez H. El adulto mayor en la familia. Su relación con los más jóvenes. Rev Cubana Enfermer 1999;15(1):44-50.
14. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enferm 2002;18(1):43-9.
15. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):270-6.

Recibido: 16 de febrero de 2004. Aprobado: 21 de octubre de 2004.

Dr. *Manolo Gómez Juanola*. Calle F No. 24 e/ 4ta y Norte, Reparto Celso Maragote, Pinar del Río, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Medicina Interna. Diplomado en Gerontología Comunitaria.**

² **Especialista de I Grado en Medicina General Integral.**

³ **Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.**



La libertad del viejo

• Texto: Rosa Montero

• [Link a sitio oficial de Rosa Montero](#)

Este desdén que mostramos hacia los ancianos me parece suicida. ¿No es una necedad descuidar de tal manera nuestro futuro? Porque la vejez es el lugar en donde pasaremos buena parte de nuestras vidas, si es que somos lo bastante afortunados y llegamos a ella. **Cuando hablamos de la senectud estamos hablando de nosotros mismos, del viejo o la vieja que nos crece dentro.**

Una de las mayores estupideces de esta sociedad bastante estúpida es la manera en que tratamos (o más bien ignoramos) a nuestros viejos. Hasta hace muy poco, la vejez era una de las edades del ser humano y formaba parte del paisaje de nuestras vidas. Los ancianos eran personas respetadas, la sociedad apreciaba su experiencia y su sabiduría, y el solo hecho de llegar a viejo era un orgullo, un logro, la culminación de tu biografía.

Ahora, en cambio, no solo no hay nadie que se plantee lo de llegar a viejo, sino que ni siquiera queremos ser un poquito mayores. Acabo de regresar de un largo viaje por Latinoamérica, y en algunos países que no voy a nombrar sólo he visto mujeres operadas. Es decir, de repente, cuando llevaba tres o cuatro días en el lugar, empezaba a experimentar una vaga inquietud, y entonces caía en la cuenta de que, desde que había entrado en ese país, no había encontrado a una sola mujer con arrugas. Todas ellas (todas las de clase media para arriba, que era con las que me trataba) debían de empezar a pasar por las manos de los doctores Frankenstein a partir los 37 o 38 años, a juzgar por sus caras, primero tersas y juveniles y luego, poco a poco, a medida que iban sumando operaciones y décadas, cada vez más recauchutadas y artificiales. Ahora que lo pienso, tal vez ellos también estuvieran retocados por el bisturí; no me fijé en su momento en los varones, deslumbrada como estaba por el plástico general de las señoras; pero también a ellos se les veía bastante rutilantes. Eran todos y todas encantadores, pero eran un grupo de alienígenas, porque no envejecer es no ser humano.

De manera que hoy en día nos llevamos muy mal con la vejez. Querriamos borrarla, anularla, prohibirla. Como eso es imposible, intentamos desterrar a nuestros viejos a la invisibilidad. Siempre me han irritado esas encuestas organizadas por segmentos de edad: De los diez a los veinte años, de los 21 a los 35, de los 36 a los 52, de los 53 en adelante... A partir de los 53, o los 55 años, es como si se acabara el mundo y empezara el espacio exterior irrespirable, el despeñadero de los mayores, cuyas respuestas, metidas todas en un mismo saco, ya no les interesan de verdad a nadie.

Este desdén que mostramos hacia los ancianos me parece suicida. ¿No es una

necedad descuidar de tal manera nuestro futuro? Porque la vejez es el lugar en donde pasaremos buena parte de nuestras vidas, si es que somos lo bastante afortunados y llegamos a ella. Cuando hablamos de la senectud estamos hablando de nosotros mismos, del viejo o la vieja que nos crece dentro.

- Y además es que la vejez puede ser una etapa estupenda. Me escribo regularmente con varios ancianos y ancianas que son lectores de El País, el periódico español en el que colaboro, y sus cartas siempre son las más divertidas, las más interesantes, las más atrevidas. Ser viejo, y ellos me lo demuestran todo el rato, no consiste sólo en tener más experiencia: también puede traerte la libertad. A poco que tenga su vida económica mínimamente resuelta con una modesta pensoncita (el dinero es el gran tirano de nuestro mundo), el viejo se libera no sólo del trabajo, de los horarios, de los jefes y las responsabilidades, sino que también se puede liberar del qué dirán, de los miedos a hacer el ridículo, de las autoexigencias aniquiladoras, de la propia ambición idiotizante, de las mentiras sociales, de las cortesías innecesarias e incluso del sentido del deber. Los viejos pueden volver a ser tan libres, tan radicales y tan transgresores como los chavales de 14 años, pero con muchísima más sabiduría. Conozco viejos así y creo que se están divirtiendo bastante. Aunque su edad no salga en las encuestas.
19 de Septiembre de 2003

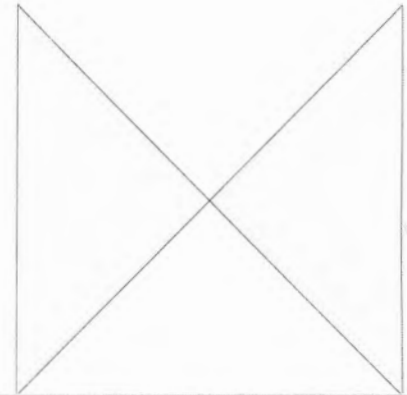
- Link a <http://www.portaladultomayor.com/noticia.php?idnoticia=1879>

- Haga Clic en:

- Sitio Oficial de Rosa Montero, escritora española

Fuente:

- El Mercurio on line



LAS MENTES MÁS BRILLANTES EN MEDICINA, TRABAJANDO PARA USTED.

año

El Cuidado de los Ancianos

A a la Z

G H I J K L M N O P Q
X Y Z

A a la Z

ce de Salud

¿Qué es el cuidado de los ancianos?

Los estadounidenses están viviendo más y mejor por períodos de tiempo más prolongados. Esto ha creado un área relativamente nueva y creciente de servicios para el cuidado de la salud y proveedores de dichos servicios, que se conoce como el cuidado de los ancianos. El cuidado de los ancianos incluye una amplia variedad de aspectos, incluyendo la selección del médico adecuado para la atención del paciente anciano y la toma de decisiones acerca del traslado del anciano desde su hogar a una residencia que proporcione los cuidados necesarios. El sector de la población estadounidense de más rápido crecimiento es el de las personas de 65 años de edad o mayores. Muchas personas ancianas tienen vidas independientes, activas y saludables. Sin embargo, a medida que las personas alcanzan los ochenta y noventa años de edad, aumenta el número de ancianos que necesitan atención para realizar las actividades de la vida cotidiana, y al mismo tiempo que aumentan las responsabilidades de las personas que cuidan de ellos.

Estadísticas del cuidado de los ancianos:

De acuerdo al Departamento de Salud de Estados Unidos (US Department of Health) y a la Administración de Servicios Humanos del Envejecimiento (Human Services' Administration on Aging):

- El número de la población de ancianos (personas de 65 años de edad o mayores) en Estados Unidos en 1999 alcanzó más de 34,5 millones, o una relación de uno en ocho.
- En la década pasada, el número de ancianos estadounidenses aumentó en más del 10,6 por ciento, frente al 9,1 por ciento de aumento en la población menor de 65 años de edad.
- En el transcurso de los últimos 100 años, el porcentaje de americanos mayores de

Servicios Médicos

Si usted necesita encontrar un Médico, trate ésta especialidad médica llame al **WELL**.

65 años de edad se ha triplicado.

- Actualmente entre las personas que alcanzan los 65 años de edad, el promedio de la expectativa de vida es de 17,8 años más que en 1900 (19,2 años para mujeres y 16 años para hombres).
- En 1900, el promedio de la expectativa de vida fue de 47.5 años. Actualmente, es de 76,7 años.
- Más de los dos tercios del total de ancianos son personas que no están en instituciones y que viven en ambiente familiar. Aproximadamente 11 millones o el 80 por ciento de los hombres ancianos, y casi 11 millones o el 58 por ciento de mujeres ancianas viven con su familia.

¿Qué aspectos hay que tener en cuenta para seleccionar un médico para el paciente anciano?

Durante las diferentes etapas de la vida se pueden necesitar diferentes proveedores de cuidados de la salud. Para el anciano es importante tener un médico personal o médico de cabecera, que comprenda las necesidades especiales de los pacientes ancianos.

Los médicos de varias especialidades, incluyendo médicos familiares, internistas y geriatras, cuidan de los pacientes ancianos. El médico familiar proporciona cuidados de la salud a todos los miembros de la familia, sin importar la edad. El internista se especializa en medicina interna generalmente para adultos. El geriatra ha recibido una formación especial para el cuidado de los ancianos.

La selección de un médico de cabecera adecuado es una decisión importante. Generalmente usted desea un médico bien entrenado y experimentado, que se preocupe por el paciente y todo lo relativo a él. Entre otras consideraciones, hay que tener en cuenta las siguientes:

- ¿Pagaré mi seguro por las visitas al consultorio y por los servicios del médico?
- ¿El médico practica solo o forma parte de un grupo?
- ¿Acepta el médico pacientes de Medicare? ¿Cuáles son las políticas y procedimientos de el médico o el grupo hacia Medicare?
- ¿A qué afiliaciones de cuidados médicos pertenece el médico?
- ¿Está el consultorio del médico en un lugar conveniente y seguro?
- ¿En qué hospital atiende el médico a sus pacientes?
- ¿Me siento a gusto con la edad y sexo del médico?
- ¿Hay alguna barrera de idioma?
- ¿El médico presta atención y se comunica bien, da sus explicaciones de forma clara detallada y con paciencia?
- ¿Cuál es la política del médico acerca del seguimiento de pacientes que se

trasladan a centros residenciales de asistencia?

¿Qué implica la entrevista del médico?

Una vez haya seleccionado dos o tres posibles médicos, es buena idea visitar sus consultorios y hacerles preguntas acerca de sus políticas y enfoques con respecto al cuidado de los ancianos. Por ejemplo:

- ¿Con cuánta anticipación tengo que hacer cita para una visita si no se trata de una emergencia?
- ¿Cómo se manejan las visitas de emergencia?
- ¿Atiende a muchos pacientes ancianos?
- ¿Cómo se siente acerca de la participación familiar en las decisiones sobre los cuidados de la salud?
- ¿Continúa el seguimiento de pacientes si se trasladan a centros residenciales locales de asistencia?

¿Qué hay que hacer para prepararse antes de ir a la cita?

Para aprovechar al máximo cada visita al consultorio del médico, lo mejor es planificarla con anticipación. Las siguientes guías le pueden ayudar a prepararse para la cita:

- Conozca toda la información básica que probablemente se le preguntará (vea el Formulario de Información Básica).
- Traiga consigo los expedientes médicos o envíelos con anticipación.
- Conozca los medicamentos que el paciente toma, incluyendo los medicamentos que necesitan de una receta médica, los de venta libre, y los suplementos vitamínicos y de hierbas.
- Conozca todas sus condiciones médicas diagnosticadas.
- Traiga a un miembro de la familia para actuar como "segundo par de ojos y oídos" para el paciente anciano.
- Escriba las preguntas de antemano, incluyendo cualquier preocupación que le gustaría discutir con el médico.
- Traiga papel y lápiz o una grabadora para que usted tome notas o grabe las instrucciones, etc.

Cuando visite a su médico, es mejor tener disponible la siguiente información básica para que su visita sea lo más productiva posible. Usted puede utilizar este Formulario de

Información Básica para ayudarle a prepararse para su próxima cita médica.

Formulario de Información Básica

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

Fecha de nacimiento _____

Número del seguro social _____

Número del Medicare _____

Número del Medicaid _____

Otro proveedor de seguros _____

Número de la Póliza _____

Nombre del médico de cabecera _____

Número telefónico _____

Lista de las condiciones médicas diagnosticadas:

Lista de cirugías previas y el año que se practicaron:

Lista de todos los medicamentos:

(Nombre del medicamento)	¿Medicamento por receta médica u otro?	Dosis
--------------------------	--	-------

La selección de la institución para el cuidado de los ancianos:

Una de las decisiones más difíciles que una familia debe tomar es saber cuando es el momento adecuado para trasladar al anciano del hogar a un centro residencial con asistencia. Muchas personas siguen cuidando de los ancianos en el hogar, incluso cuando la tarea se vuelve agotadora física y emocionalmente. Algunas veces el traslado a un centro residencial de asistencia podría ser la decisión más realista para garantizar el mejor cuidado para el anciano.

Deberá considerarse el traslado del hogar a un centro residencial de asistencia, cuando encuentre una o más de las siguientes situaciones:

- El anciano necesita atención constante, las 24 horas del día.
- El anciano no puede realizar las actividades cotidianas sin ayuda (alimentarse, ir al servicio, bañarse, etc.).
- El anciano es propenso a arranques violentos de ira (de tipo físico o verbal, o ambos) o puede dañarse a sí mismo o a otros.
- El anciano "ha deambulado" lejos del hogar o de los alrededores seguros del vecindario.
- La salud y el bienestar del cuidador se ve afectada en forma adversa si continúa proporcionando los cuidados en el hogar.

Tipos de opciones fuera del hogar para los ancianos:

Hay muchos tipos de opciones de cuidados fuera del hogar para los ancianos, según el nivel de ayuda que necesiten. Éstas pueden incluir las siguientes:

El centro de vivienda asistido (su sigla en inglés es ALF)

Los ALF proporcionan independencia máxima para aquellos ancianos que permanecen relativamente activos y saludables. Generalmente en un ALF, una persona saludable puede vivir junto a su cónyuge enfermo. La mayoría de ALF se caracterizan por viviendas estilo apartamento que incluyen cocina individual y muchos servicios para ancianos, tales como seguridad las 24 horas del día, transporte y programas sociales y recreativos.

El centro residencial de asistencia (su sigla en inglés es RCF)

Los RCF son para los ancianos que ya no pueden vivir solos e independientes, pero que no necesitan cuidados de enfermería especializados. En un RCF, el anciano puede recibir ayuda con su higiene y arreglo personal, con otras actividades de la vida cotidiana, así como cuidados al lado de la cama por enfermedades leves y temporales. Generalmente el RCF ofrece habitaciones, no apartamentos, y proporciona algunos servicios sociales y recreativos para los ancianos.

Los centros con cuidados de enfermería especializados (su sigla en inglés es SNF)

Los SNF también se conocen como asilos de ancianos, centros de convalecencia y casas de reposo. En los SNF, los pacientes ancianos reciben cuidados de enfermería continuos bajo la supervisión de una enfermera graduada o una enfermera con licencia profesional. Los SNF proporcionan cuidados más extensos que los que proporcionan los centros de vivienda asistidos o los centros residenciales de asistencia. Estos servicios incluyen alimentación intravenosa, control de la presión sanguínea, inyección de medicamentos y cuidados para pacientes con respiradores artificiales. Los SNF a menudo proporcionan programas recreativos, de rehabilitación y sociales para los residentes.

Otros

Hay otros centros de cuidados especiales disponibles para personas con condiciones médicas determinadas, tales como la enfermedad de Alzheimer o demencia. Para los pacientes que muestran conducta violenta o perturbada o que representan peligro para sí mismos o para otras personas, las instituciones psiquiátricas especiales pueden ser una opción.

Qué hay que considerar cuando se selecciona una institución de cuidados para ancianos:

En general

- ¿El personal de la institución es receptivo a que usted recorra las instalaciones y visite a los residentes a la hora de las comidas?
- ¿Qué servicios de atención proporcionan? ¿Cubren estos servicios sus propias necesidades?
- ¿Cuánto aporta el individuo y la familia en la vida y el cuidado diario?
- ¿De qué selección de alojamientos disponen?
- ¿Tienen diferentes niveles de atención disponibles? Por ejemplo, en caso de necesario, ¿se puede trasladar a los residentes de un centro de vivienda asistido a un nivel de asistencia mayor?
- ¿Qué artículos personales pueden traerse de casa? ¿Qué artículos no se permiten?
- ¿Pueden los residentes tener su propio vehículo en las premisas?
- ¿Cuál es la política de visitas?
- ¿Tiene la institución una afiliación religiosa en particular y si esto es así, el individuo se encuentra satisfecho con esta afiliación?
- ¿Cómo maneja la institución una situación de emergencia, tal como incendio o tormenta de invierno intensa? ¿Tiene la institución un plan vigente para manejar

las emergencias o las crisis?

La institución

- ¿Está la institución limpia y ordenada en su totalidad? ¿Se cumplen estrictamente todos las normas sanitarias?
- ¿Se toman todas las medidas de seguridad apropiadas (salidas de emergencia claramente marcadas, pasillos bien iluminados, barras para sostenerse en los cuartos de baño, sistema de llamada de emergencia dentro de los cuartos, etc.)?
- ¿Está la institución ubicada en un sitio seguro y conveniente?
- ¿Tiene la institución seguridad las 24 horas del día?

Habitaciones

- ¿Son las habitaciones individuales iluminadas, alegres y espaciosas?
- ¿La disposición de la habitación permite tener privacidad?
- ¿Las habitaciones individuales tienen ventanas para permitir el paso de la luz natural y una vista agradable?
- ¿Son las áreas comunes (cuartos de actividades, vestíbulo, cuartos para reuniones) amplias, iluminadas y con buen mantenimiento?
- ¿Es el comedor agradable, espacioso, no atestado, y resulta fácil moverse en él?
- ¿Está el área de la cocina limpia y organizada?

Respeto para el anciano

- ¿Tiene la institución una política escrita acerca de los derechos y responsabilidades de los pacientes? ¿Puede obtenerse sin demora?
- ¿Está el personal capacitado para tratar a los residentes con dignidad y respeto?
- ¿Se incluye a los pacientes y a sus familiares en el desarrollo del plan de atención para el paciente?

Personal

- ¿Cuál es el número de miembros del personal disponible por turno?
- ¿Es el personal amable y respetuoso con los pacientes?
- ¿Son el entrenamiento y educación continuas elementos prioritarios?
- ¿Específicamente qué servicios médicos son proporcionados por el personal (por ejemplo médico, enfermería, fisioterapia, cuidados respiratorios y terapia ocupacional)?

Cuidados de enfermería

- ¿Cuál es la proporción enfermera-paciente?
- ¿Se proporcionan cuidados de enfermería las 24 horas del día?
- ¿Cuáles son las autorizaciones necesarias para el personal de enfermería?

Licenciamiento y certificación

- ¿Tiene la institución licencia estatal?
- ¿Tiene licencia para proporcionar cobertura Medicare y Medicaid?

Costos

- ¿Qué servicios están incluidos en los precios básicos o estándar? ¿Hay cobros adicionales por otros servicios proporcionados?
- ¿Cuáles son las políticas de la institución acerca de Medicare y Medicaid?

Consideraciones médicas

- ¿Hay un médico disponible para emergencias?
- ¿Se permite a los médicos de cabecera que visiten a sus pacientes en la institución o es el médico de la institución el que atiende a los residentes?
- ¿Tiene la institución arreglos con un hospital cercano en caso de que ocurra una emergencia?
- ¿Dispone de transporte de emergencia?

Actividades

- ¿Hay un programa completo de actividades sociales y recreativas para grupos e individuos? Por ejemplo ¿ofrece la institución excursiones, clases de arte y manualidades, salidas al cine, clases de ejercicios, grupos de lectura y otras actividades similares?
- ¿Permanece la institución activa y en comunicación con la comunidad de sus alrededores?
- ¿Se planean viajes y actividades regularmente?

Necesidades alimenticias

- ¿Se proporcionan las comidas en la institución y cuáles son las opciones del plan alimenticio?
- ¿Está el menú aprobado por un nutricionista autorizado?
- ¿Puede la institución satisfacer las necesidades de aquellas personas con restricciones dietéticas especiales?

- Para las personas que desean tomar algunas comidas en privado ¿hay alguna cocina o cocineta pequeña disponible en la habitación individual o apartamento?

Servicios adicionales

- ¿Tiene la institución los servicios de un capellán?
- ¿Hay servicios de limpieza de casa y lavandería disponibles? Si es así, ¿están incluidos como parte del costo total o se proporcionan a un costo adicional?
- ¿Hay transporte disponible para viajes al centro comercial de la localidad, tienda de productos alimenticios, biblioteca y banco?

Haz click aquí para ir a la página de Los Recursos en la Red de La Salud en el Hogar, el Hospicio y el Cuidado de los Ancianos.

This page was last updated on 02/12/03.

La información médica en este sitio de Internet es proporcionada como recurso informativo solamente, y no debe ser usada con fines de diagnóstico o tratamiento. Esta información no debe utilizarse como material educativo para el paciente, no establece relación de paciente a médico, y no debe usarse como sustituto para diagnóstico y tratamiento profesional.

Por favor consulte a su proveedor de atención médica, o comuníquese con el Hospital NewYork-Presbyterian para solicitar una cita antes de tomar cualquier decisión sobre el cuidado de su salud, o para obtener consejo sobre una condición médica específica. El Hospital NewYork-Presbyterian enfáticamente deniega cualquier responsabilidad, y no será sujeto a ninguna culpabilidad, por daños y perjuicios, pérdida, o lesión que resulte por decisiones que usted tome basadas en la información presentada en este sitio de Internet. El Hospital NewYork-Presbyterian no endosa ninguna prueba específica, tratamiento o procedimiento mencionado en este sitio de Internet.

Al visitar este sitio de Internet usted acepta los términos y condiciones mencionados anteriormente, los cuales pueden ser cambiados o complementados por el Hospital NewYork-Presbyterian con el pasar del tiempo. Si usted no acepta estas condiciones, por favor no ingrese a este sitio de Internet.

Publication: La Jornada - Capital
Provider: Desarrollo de Medios, S.A. de C.V.
Date: August 29, 2005

Related Links

- [Email this page to colleague](#)
- [Printer Friendly Format](#)
- [More Like This](#)

Imposibilitados para vivir una vejez digna, 60% de los ancianos en el DF

* Enfrentan una imagen social negativa y desfavorable que propicia desigualdad, discriminación y marginación * Las mujeres de este sector, el grupo más vulnerable, señala José Ernesto Padilla

MIRNA SERVIN VEGA

De los 740 mil adultos mayores que habitan en el Distrito Federal, 60 por ciento viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, lo que no les permite contar con satisfactores básicos para vivir su vejez con dignidad, aseguró José Ernesto Padilla Nieto, de la asociación civil Transfondo, que es apoyada por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol) para realizar un proyecto sobre la defensa de los derechos humanos de esta población y que investiga sobre su problemática.

Padilla Nieto aseguró que de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), tres de cada 10 mujeres de más de 60 años son víctimas de alguna forma de violencia o abuso en sus hogares.

Esto se deriva de la imagen social negativa y desfavorable hacia los ancianos, que propicia relaciones de desigualdad, exclusión, discriminación y marginación hacia los adultos mayores, agregó.

El representante legal de la asociación civil advirtió que la situación actual de los adultos mayores propicia escenarios cada vez más peligrosos, como el de los homicidios de ancianas en la ciudad de México: "en parte porque viven solas y no cuentan con suficientes redes de apoyo que eviten esos ilícitos, además de que no se ha desarrollado un programa que permita interesar, sensibilizar más a la sociedad en términos de cuidar, proteger a sus ancianos, entre otras razones".

Aunque reconoció la labor de las autoridades para advertir a la población adulta mayor sobre estos casos, dijo que esto no tendría por qué suceder si se desarrollara un programa articulado entre los distintos agentes institucionales de la ciudad de México, con redes de apoyo emocional, material y de información para las personas mayores.

No obstante, afirmó que a la par de acciones como la de las tarjetas *Sí vale* del Gobierno del Distrito Federal, se requiere desarrollar un programa que vincule a la comunidad y a las familias que conviven con ancianos, que los capacite y les proporcione elementos para que acerquen una mayor calidad de atención, apoyo emocional, servicios materiales e información sobre sus derechos.

"Los ancianos seguirán resolviendo algunas necesidades de alimentación y salud, pero eso no les garantiza una mejor calidad de vida", apuntó.

Padilla Nieto aseveró que debe existir un programa educativo para que las personas mayores fortalezcan su autoestima, manejen su independencia, su autonomía, incluyendo el desarrollo de acciones de socialización con quienes están cerca de ellos, que les lleve a incorporarse a grupos o a asociarse con otros para proporcionarse ayuda mutua y autoprotgerse.

Señaló que, según estimaciones del INEGI, aproximadamente en 36.2 por ciento de los hogares en que

habita una mujer mayor de 60 años, ésta es víctima o ha padecido alguna forma de violencia o abuso, ya sea físico, psicológico, sexual, económico, abandono o despojo financiero. "La cifra es probablemente más alta, pero las instituciones responsables de saber de esos casos no tienen el personal especializado ni un sistema de registro sobre el abuso y la violencia contra las personas mayores; además la gente no se queja, le da vergüenza denunciar que es objeto de maltrato por sus hijos, cónyuges o parientes, lo cual limita la posibilidad de conocer el número de casos en la ciudad de México", señaló.

Violación de los derechos

Uno de los primeros puntos que coloca en desventaja a esta población es el de la edad, ya que todas las personas que rebasan los 60 años son objeto de discriminación en el sector laboral, afirmó Padilla Nieto.

Alrededor de 60 por ciento de los ancianos en la ciudad de México tampoco tienen protegido su derecho a la salud, porque no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (algunos son beneficiarios por parte de sus hijos o cónyuges), se les niega atención médica y en instituciones del sector público reciben atención de baja calidad y malos tratos al realizar alguna gestión.

Además, agregó, la atención y asesoría que reciben no es de personal especializado en **geriatría** ni hay suficientes medicamentos para sus padecimientos más comunes.

En cuanto al derecho a la educación, mencionó que tres de cada 10 personas adultas mayores no saben leer ni escribir y cinco de cada 10 no completaron su educación básica. La alfabetización por parte del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) no responde a necesidades de la población adulta mayor, ni posibilita que vivan la vejez en forma gratificadora, digna, activa y saludable, como tampoco existe un programa de educación con contenidos de interés y de utilidad para las y los ancianos de la ciudad de México.

Otro derecho insuficientemente protegido es el de la recreación y la cultura, agregó, pues aunque el GDF organiza con cierta frecuencia eventos para que los adultos mayores asistan y se distraigan, no se fomenta la recuperación de experiencias de ellos.

En cuanto al derecho a vivir con seguridad económica durante la vejez, más de 60 por ciento de los adultos mayores en la capital viven con menos de un salario mínimo y no tienen acceso a un ingreso fijo, lo que lacera seriamente sus condiciones de vida, finalizó.

740 MIL	60 POR CIENTO	EN 36.2 POR CIENTO	60 POR CIENTO	73 POR CIENTO
Adultos mayores, aproximadamente, habitan en el Distrito Federal.	Viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema	De los hogares donde habita una mujer adulta mayor, ésta ha sufrido alguna forma de violencia.	Viven con menos de un salario mínimo, no tienen ingreso fijo ni son derechohabientes de algún servicio médico.	No cotizaron para una pensión en algún sistema de seguridad social.

Publication: Notimex - States
Provider: Notimex
Date: August 19, 2005 (17:37)

Related Links

- [Public Administration](#)
- [Email this page to colleague](#)
- [Printer Friendly Format](#)
- [More Like This](#)

Establecen nuevas politicas para atender a adultos mayores en morelos

Cuernavaca, Mor., 19 Ago (Notimex).- Como respuesta al Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el estado, se establecieron nuevas políticas de intervención en este sector.

María del Carmen Borbolla de Estrada Cajigal, en entrevista dijo que se establecieron cuatro líneas de trabajo como es capacitación especializada en **Geriatría** y Gerontología, trabajo comunitario, interinstitucional y promoción de la educación sobre el envejecimiento.

"Las casas asistenciales de día en Cuautla y Temixco, son los espacios dinámicos de convivencia donde se pretende lograr la disminución del deterioro físico, mental y emocional que conlleva el envejecimiento a través de los servicios básicos de salud", acotó.

Agregó que en estas casas asistenciales se atiende a 150 adultos mayores, los cuales cuentan con espacios alternativos de convivencia y participación de lunes a viernes.

"Se han atendido un total de dos mil 780 adultos mayores en Albergues Temporales y ha dado atención a 400 personas en situaciones de emergencia o de abandono total, además durante la temporada de invierno pasada, se atendieron a más de 730 indigentes", informó.

Indicó que el DIF en la entidad a entregado en todos los municipios más de nueve mil cobertores, con una inversión de casi 600 mil pesos, además de otorgarles 16 mil 500 envases con leche Borbolla de Estrada Cajigal dijo que para extender los servicios de atención a los adultos mayores de las colonias marginadas de los 33 municipios, se llevó a cabo un trabajo coordinado con los DIF municipales y se atendió a tres mil 230 personas de la tercera edad.

"En los municipios se les impartieron pláticas educativas e informativas sobre la prevención en salud física y psicológica de los ancianos, así como sesiones de rehabilitación y fomento al cuidado de la funcionalidad motriz", comentó.


Indicó que se espera la asistencia de 14 mil adultos mayores en el magno acto que se llevará a cabo el día 28 de agosto del presente año, en donde se planea distribuir un total de nueve mil 587 obsequios consistentes en chalecos, suéteres y bastones.

"Se trabaja en la ampliación de servicios de atención al Adulto Mayor en comunidades con alto índice de marginación en los 33 municipios al proporcionar atención y servicios de prevención de primer nivel a fin de impulsar su desarrollo e integridad familiar", acotó.

NTX/ACI/JGS AZI 17:37 19/08/2005

Care for Life: Communities for Aged Offer 'Total Security,' But With Trade-Offs --- Medford Leas in New Jersey Has All Services, Promises Full Medical Treatment --- But Leaving Can Be Costly

By Roger Ricklefs. Wall Street Journal. (Eastern edition). New York, N.Y.: Nov 25, 1988. pg. 1

» **Jump to full text** 

» **More Like This** - Find similar documents

Author(s): By Roger Ricklefs
Publication title: Wall Street Journal. (Eastern edition). New York, N.Y.: Nov 25, 1988. pg. 1
Source type: Newspaper
ISSN/ISBN: 00999660
ProQuest document ID: 27422793
Text Word Count 1832
Document URL: <http://0-proquest.umi.com.millennium.itesm.mx:80/pqdlink?did=27422793&sid=1&Fmt=3&>

Abstract (Document Summary)

Nearly three million Americans now live in retirement communities of some sort, an increase of 300% in just 12 years. None of these places put more at stake for a prospective resident than the thriving "continuing-care," or "life-care," retirement communities such as Medford Leas. And few retirement operations have a greater concentration of the very old.

At Medford Leas, applicants at the head of a long waiting list pay "entry fees" ranging from \$29,000 for a small studio apartment to \$112,000 for a two-bedroom unit. Then they pay just over \$1,000 per month per person (at current rates) for the rest of their lives. In exchange, they get housing, dining-room meals, maid service, sports facilities and endless bridge games. They also are guaranteed whatever medical and nursing care they need. This is about as close to total security as American life ever gets.

For thousands every year like Mrs. Durow, entering a continuing-care community is fraught with anxiety. Worried that she might someday become a burden to her daughter, she decided to give up her seven-room house in Toms River, N.J., for a Medford Leas studio. While visiting the community shortly before moving in, she stood in line waiting for lunch. "Then I saw the wheelchairs and walkers, and the tears just came," she says. "I wondered what I was getting into."

Full Text (1832 words)

Copyright Dow Jones & Company Inc Nov 25, 1988

MEDFORD, N.J. -- Elsie Lisovitch, the 76-year-old widow of an engineer, lives these days in the Medford Leas Retirement Community. The average age here is 82. Which is fine with her. "I certainly wouldn't have a party with a bunch of 40-year-olds. They're always talking about things that don't interest me, like their careers."

Nearly three million Americans now live in retirement communities of some sort, an increase of 300% in just 12 years. None of these places put more at stake for a prospective resident than the thriving "continuing-care," or "life-care," retirement communities such as Medford Leas. And few retirement operations have a greater concentration of the very old.

At Medford Leas, applicants at the head of a long waiting list pay "entry fees" ranging from \$29,000 for a small studio apartment to \$112,000 for a two-bedroom unit. Then they pay just over \$1,000 per month per person (at current rates) for the rest of their lives. In exchange, they get housing, dining-room meals, maid service, sports facilities and endless bridge games. They also are guaranteed whatever medical and nursing care they need. This is about as close to total security as American life ever gets.

But if a resident should ever want to leave, his entry-fee refund will be reduced by 2% for every month of residence. (If he dies, even in his first months here, his estate gets no refund.) So once the commitment is made, "it is virtually impossible to make another move," says Nina Durow, 78, who moved to Medford Leas last summer. "This is the end."

For thousands every year like Mrs. Durow, entering a continuing-care community is fraught with anxiety. Worried that she might someday become a burden to her daughter, she decided to give up her seven-room house in Toms River, N.J., for a Medford Leas studio. While visiting the community shortly before moving in, she stood in line waiting for lunch. "Then I saw the wheelchairs and walkers, and the tears just came," she says. "I wondered what I was getting into."

Now, however, Mrs. Durow says the wheelchairs don't faze her. "This is an insurance policy," she says. "I expect to like it."

About 250,000 Americans now live in some 700 continuing-care communities, according to the American Association of Homes for the Aging. About 200 of these places have opened in the past 10 years, and more are on the way, adds Jerry T. Quigg, an official of Laventhol & Horwath, an accounting and consulting firm that monitors the field.

Life-care communities differ sharply from most retirement-living projects (which are overbuilt in some parts of the country). Typical retirement projects offer housing for rent or straight purchase and provide assorted services. Most don't require big entry fees, forfeited at death, and don't guarantee health care. Lacking medical care and meal service, many places have far younger populations than are attracted to continuing-care communities.

But thousands thrive on the communal living of a continuing-care operation. "Most nights before I moved here, I ate TV dinners at home alone," says Robert C. Martin, a 67-year-old former contracting manager, whose wife died before he moved to Medford Leas. "I had lived in Cherry Hill, N.J., for 26 years, and I had been active in civic affairs," he says. "But you still tend to live like a hermit" when you are in your own home alone. "Now I never eat dinner alone," he says. Though residents also have kitchens in their apartments, they can take their meals in the dining room.

Medford Leas provides an example of how the continuing-care concept works. Founded by Quakers 17 years ago, the nonprofit, nonsectarian community operates independently. Its heavily wooded campus 18 miles from Philadelphia houses about 500 people, mainly in garden apartments at ground level. Enclosed walkways connect the housing units to a community center, dining rooms

and a medical facility.

It is a world that mixes the vigorous and the moribund. On the main bulletin board is a call for players in a tennis match. Next to it is a space reserved for funeral announcements.

Even residents who are enthusiastic about life-care sometimes find the atmosphere troubling. "I never expected to be around so many frail people, and it bothers me very much," says Jane Benjamin, an elegantly dressed retired teacher. "If I wanted to be around sick people, I would have been a nurse."

Rebecca Monego, who moved here five years ago with her husband, adds: "I see people who are sort of fuzzy and don't make much sense." It distresses her to think "that eventually I am going to be like that."

Indeed, signs of age abound. The average newcomer is 76. One in five residents depends on a wheelchair or a walker.

In one exercise class of 11, everyone arrives by wheelchair, and the youngest participant is 89. To the gentle notes of "Autumn Leaves," the chair-bound athletes sit in a circle exercising their fingers. Nearly everyone succeeds in touching his shoulders, but only half can lift arms high above their heads.

"Wake up!" pleads Priscilla Malone, the instructor, to a dozing white-haired lady in a paisley dress. She rouses just in time for the high point of the class, kicking a beach ball gently from wheelchair to wheelchair. In an aside, the instructor says: "If we didn't do this, they would be sitting in their rooms, staring into space."

Some residents complain that they don't have enough say in community affairs. (A paid administration reports to a board of 12, which includes just three residents.) "You get tired of the administration setting all the rules," says one resident in his 80s. "And I really resent the way they make you eat dinner before 7, just so the waiters can go home early."

When the Medford Leas management planned a day-care center for employees' small children last year, more than 150 residents circulated a petition to put a stop to it. "I want kids to stay where they belong; they make noise," says Mrs. Benjamin, the former teacher. With some modifications to appease the opposition, the day-care center was started anyway.

But most residents seem to approach community life enthusiastically. At age 73, Mrs. Monego recently resumed playing tennis after 25 years. The community offers 70 major activities -- all run by residents -- ranging from bird watching to woodworking. Lectures range from "Famous Women of New Jersey" to a "Glimpse of Antarctica."

Many residents also lead active social lives in nearby towns. About half of them still drive. Several have jobs, including a lawyer in his 80s, says Kate Kwiecinski, the assistant director of Medford Leas.

For those who want to live more independently, Medford Leas has built satellite housing units off the main campus. Paying lower monthly fees, such residents get fewer services and no meals. But they retain all the medical and nursing protection. For many people, the promise of lifelong health care is the main attraction of the place. When they move in, new residents must be well enough to live independently. But when illness strikes, Medford Leas picks up the costs Medicare doesn't

cover. The community's health center tries to keep residents functioning in their own apartments as long as possible, dispatching nurses to give medications or to help the arthritic in and out of tubs and showers, says Janet Rumble, the head nurse.

B. Franklin Blair says such home care from the health center enabled his wife, who was on chemotherapy for cancer for four years, to stay in her apartment until a day and a half before she died. "If we had been in our old home, she would have had to spend the last couple of months in a hospital or nursing home," says the retired insurance executive.

The health center's skilled nursing facility cares for about 20 residents, usually for short periods. "Intermediate care" areas accommodate 125 residents, until they die in many cases. But the rooms, furnished with residents' own belongings, don't look like nursing-home quarters.

Most intermediate-care residents suffer from dementia. "I don't want to keep you from your lunch," a genteel old lady tells a visitor -- at 4:30 in the afternoon. Many sit staring into space.

About 30 residents must be spoon-fed, and a dozen have been bedridden for more than a decade, says Benjamin R. Paradee, a physician at the health center. They include a woman with Alzheimer's disease who is turned in her bed to minimize bedsores every two hours, as she has been for 10 years.

At some point, about 30% of the residents use the skilled nursing facility, and about 15% more move into the nursing facility permanently, says Lois Forrest, the executive director.

Last year, total medical and nursing care (beyond what Medicare covered) cost Medford Leas about \$3 million -- approximately \$6,000 per resident, says Frank W. Gentile, the controller. The care ate up more than 35% of the community's budget, he adds.

Three-quarters of this money comes from residents' monthly fees, which are increased as costs rise. In full-service units, these range from \$1,045 a person in a studio to \$2,250 a couple in a two-bedroom apartment. (A special fund subsidizes the handful of residents whose money has run out.)

To hold down monthly fees, some communities impose extra charges after a resident has used a specified amount of nursing care, the American Association of Homes for the Aged says. Other communities guarantee access to nursing care but charge for it on a strict fee-for-service basis. But "all-inclusive" communities like Medford Leas -- and that is the largest category -- impose the same monthly fee whether the resident is in a nursing bed or an apartment.

Because of shaky financing, several communities have failed. Pacific Homes Inc., of Woodland Hills, Calif., which operates five retirement communities, was forced into bankruptcy proceedings in 1977. It used outdated actuarial assumptions "and people didn't die as soon as expected," says Myrna Gordon, an official.

The nonprofit corporation emerged from the reorganization proceedings in 1981. It now rents its units and operates on a fee-for-service basis. Even longstanding residents must pay a new monthly charge, in the form of a loan to Pacific Homes.

Despite the risks to the life-care industry and thus to residents, demand remains strong. Medford Leas has a six-year waiting list for a one-bedroom apartment, says Marianne L. Steely, the admissions director.

Developers are building new communities across the country. Long dominated by nonprofit institutions, the field now attracts private companies. Marriott Corp. says it has several projects in planning or development. Next year it will open a community in Virginia designed entirely for retired military officers.

New ideas are being tried. Kendal Management Services, an offspring of two thriving life-care communities in Pennsylvania, is developing new operations near [Dartmouth College](#) in New Hampshire and Oberlin College in Ohio. It figures that college cultural life -- and maybe a little alumni nostalgia -- will attract applicants.

Credit: Staff Reporter of The Wall Street Journal

Copyright 2005 Washington Magazine, Inc.
Washingtonian

November, 2005

SECTION: PLANNING AHEAD; Pg. 181-183

LENGTH: 1598 words

HEADLINE: We'll Take Care of You

BYLINE: Razzi, Elizabeth; Elizabeth Razzi (erazzi@verizon.net) is author of The Fearless Home Buyer, to be published in January.

HIGHLIGHT:

For as much as \$487,000 up front, these **retirement communities** provide everything as you age: meals, activities, clean linens--and assisted living and nursing **care** when the time comes

BODY:

"It's a little bit like being on a cruise ship," says Barbara Currie, 78. The cruise ship she speaks of is the Goodwin House **continuing-care retirement community** in the west end of Alexandria. It's the many amenities--all included in a monthly fee--that turn the two-bedroom apartment she shares with her husband, George, 84, into a virtual stateroom.

Most evenings, they go to dinner with friends in the **community's** dining room, often stopping by a friend's for a predinner cocktail. They go dancing on some evenings and have a regular date for Scrabble on Mondays. The **community** offers a weekly movie night, indoor pool, a gym with personal trainer, and weekly housekeeping.

Perhaps more important is the assurance that should the Curries someday need help with eating, dressing, managing medications, or other needs, even full-time nursing-home or dementia **care**, it will be an elevator ride away and not bring added expenses.

Also known as CCRCs, the many **continuing-care retirement communities** scattered throughout Washington enable seniors to live an independent life in their own apartment or semidetached villa until they need more **care**, which then can be provided conveniently and at a manageable expense.

Though moving into a CCRC while healthy can save money in the long term, entry fees amount to hundreds of thousands of dollars, and monthly fees are comparable to the mortgage payment on a very nice condominium. In many **communities**, seniors must move in while they are still capable of living independently. And there are two- to three-year waiting lists to get into the most popular **communities**.

Most CCRCs are nonprofit, faith-based organizations. While they typically are affiliated with a religious organization, they accept residents of all faiths. The affiliation, though, means that providing good **care** to the aging is part of the organization's religious mission, not simply a business plan.

It's the promise of continued **care** at the same building or campus that sets CCRCs apart from traditional assisted-living **communities**, which usually don't attract residents until they are no longer able to take **care** of themselves without help. CCRCs have a reputation for a high quality of life. Karen Love, founder and chair of the Consumer Consortium on Assisted Living, is a frequent critic of assisted-living **communities**, which she says too often promise a higher level of **care** than they are able to deliver. "Typically the level of **care** in the assisted-**care** level of CCRCs is much better than in stand-alone assisted living," she says. Residents in stand-alone assisted living "usually transfer into the nursing-home component more quickly."

Seniors typically must be at least 60 years old before moving into a CCRC. Applicants may be required to go through a physical exam by their own doctor and an assessment by a CCRC representative to verify that they are capable of living on their own.

The Curries moved into their 1,000-square-foot apartment at Goodwin House (4800 Fillmore Ave., Alexandria, 703-578-1000; also 3440 S. Jefferson St., Falls Church, 703-578-7201; goodwinhouse.org) in summer 2004. George wanted to move into a CCRC to relieve their five children of what he calls "the great burden" of having to disassemble their parents' home someday. Instead, he says, "you have a good clearing out and do it while you're physically able."

The financial commitment is substantial, and the choices for a would-be resident are complex. First, seniors face a pay-now-or-pay-later choice involving entry fees, monthly fees, and the potential for a refund upon leaving the **community** or dying. For example, you may choose to keep your entry fee as low as possible, typically \$200,000 or less. The fee would be partially refundable during the first few years you live there, typically declining to zero refund after five years. That helps ensure that your estate wouldn't be wiped out if you were to live there only a year or two.

But you could choose to pay an entry fee that's twice as high or more. With that type of plan, the monthly fee is often lower and the CCRCs promise a 90- or 100-percent refund of the entry fee whenever you depart, which helps preserve your estate. Such a refund is possible because the return on the investment of a large fee is so much more than for a smaller fee. Somewhat like insurance companies, CCRCs collect fees from everyone, then invest the money to provide funds for future expenses of those who live long enough to need them.

That large entry fee is one reason George wanted to move in sooner rather than later. "If you want to get good value, you've got to live here at least ten years," he says.

Someone moving into an apartment at Goodwin House like the Curries' can choose from four levels of entry and monthly fees. For a married couple, the entry fee would range from \$139,000 to \$257,000, with monthly fees ranging from \$3,800 to \$5,300.

For a single person, Goodwin House's biggest apartments, with three bedrooms and a den, start at \$185,000 for entry with \$6,700 in monthly fees and tops out at \$487,000 for entry with \$4,200 in monthly fees. The smallest apartments--studios--range from \$39,000 for entry (\$2,200 monthly) to \$106,000 for entry (\$1,600 monthly).

Monthly fees increase each year with inflation, rising about 3 to 5 percent annually. The monthly fee at Goodwin House includes weekly housekeeping, linen service, one meal a day, use of recreation facilities, and all utilities except phone and premium cable TV. If residents move into the **community's** assisted-living apartments, nursing home, or Alzheimer's units, their monthly fees remain the same.

Typically CCRCs offer residents one or two choices from the four standard plans used in the industry. Goodwin House is an example of the Type A or "inclusive" plan: a one-price option that covers everything. Other plans cost less initially but impose fees when residents need more services. Type B or "modified" plans usually have a smaller initial fee but limit the number of days residents can receive assisted-living or nursing-home **care** (usually 60 to 90 days a year) before they incur extra fees. Type C plans carry even lower entrance fees, but monthly fees cover only independent-living services such as access to recreation facilities; all assisted-living or nursing-home services cost extra. Some CCRCs operate strictly on a rental basis, with no significant up-front fee; all additional services cost extra.

Asbury Methodist Village (201 Russell Ave., Gaithersburg; 301-216-4100; asburymethodistvillage.org) offers only the Type C, pay-as-you-go plan. The 130-acre campus near Lakeforest Mall includes a gated neighborhood of two- and three-bedroom villas with garages for independent seniors. Elsewhere on the grounds are independent-living apartments, a skilled-nursing facility, and cultural and recreational facilities. Residents of the independent-living units have priority access to assisted-living services and nursing-home **care**, which are also available to the public.

Tom and Valerie McIlrath, both in their midsixties, are moving into a new three-bedroom apartment at Asbury in November, about a year before Tom is scheduled to retire. "We're moving in when the apartment is ready or we'll lose it," Valerie says.

They started investigating **retirement communities** four or five years ago and made deposits at three places. But the opportunity to get into a new building was one of the factors that gave Asbury the edge. They chose not to take any of the **community's** optional meal plans so they could continue cooking for themselves. "That allows us to live like we were living in a condominium," Tom says. "I want to live there and not because I have to go somewhere."

Says Valerie: "We don't look at it as an old-people home."

Because of the long wait lists, the complexity of the contracts, and the many fee structures, it's smart to plan early.

Karen Schaeffer, a financial planner in Rockville, says she starts to discuss CCRCs as much as 15 years ahead of the time clients expect to need the services. "I often advise my clients that they should keep it on their radar screen," she notes.

Karen Love, the consumer advocate, adds that people underestimate the amount of time necessary to decide on a CCRC. "It's like a child looking for college," she says. "That same level of research and discernment is needed."

Years before such a move, prospective residents should visit many CCRCs, talk to

residents, and have a meal in the dining room. Once they've narrowed down their list, they should have a lawyer experienced in eldercare issues review the contracts. (Find these through the National Academy of Elder Law Attorneys, naela.org.) They also should review each **community's** financial documents, possibly with the help of an accountant, to make sure the institution is sound enough to carry through with its promises of **care**. Look for CCRCs that are accredited by the Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (www.carf.org).

Schaeffer recommends payment plans such as the Type C contract, which pegs fees to the level of services used. And she says that once you consider the expenses residents forgo by living in a CCRC--property taxes, home repair, much of the grocery bill, and fees for services such as house cleaning, snow removal, or home healthcare--the ongoing expenses at a CCRC look more reasonable.

Says Schaeffer: "Some people will be able to age in place, but that's expensive, too. And it can be lonely."

GRAPHIC: Picture, Barbara and George Currie live independently at Goodwin House but know more **care** is available if they need it.; Photograph for The Washingtonian by Steve Barrett

LOAD-DATE: October 24, 2005