



Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México

Diagnóstico y lineamientos de política

Sandra Huenchuan Navarro y Rosa Icela Rodríguez Velázquez



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México

Diagnóstico y lineamientos de política

Sandra Huenchuan Navarro y Rosa Icela Rodríguez Velázquez



Este documento fue coordinado por Sandra Huenchuan Navarro, Especialista en Envejecimiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión de Dirk Jaspers, Director del CELADE-CEPAL, y por Rosa Icela Rodríguez Velázquez, Secretaria de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México (5 de diciembre de 2012 al 15 de julio de 2015), en el marco del convenio de asistencia técnica entre ambas instituciones. Se contó con la colaboración de Daniela González, Asistente de Investigación del CELADE-CEPAL, y María Cecilia Villarroel, Consultora de la misma División. Participaron también en su elaboración la Coordinación de Geriatría, la Dirección de Operación Territorial y la Coordinación de Gerontología de la Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM) de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México. Se agradecen las sugerencias de Tim Miller, Oficial de Asuntos de Población del CELADE-División de Población de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y pueden no coincidir con las de las organizaciones involucradas.

Revisión: Fernanda Stang

Diseño de portada: Alejandro Vicuña Leyton

LC/W.664

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2015. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

S.15-00754

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. El cuidado desde una perspectiva de derechos humanos	11
A. La dependencia y el acceso a los servicios sociales	11
B. La especificidad de los servicios sociales	12
C. Los principios para el cuidado de las personas mayores desde la perspectiva de derechos humanos	13
D. Ámbitos de intervención en el cuidado de las personas	14
II. El escenario del cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México	17
A. El número de personas mayores y su importancia relativa	17
B. Acercamiento a la demanda demográfica de cuidado	19
C. La demanda de cuidado por razones de salud	21
D. La prestación del cuidado y las diferencias de género	26
E. Atención residencial de las personas mayores en la Ciudad de México	29
III. La necesidad de cuidado de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria	33
A. Limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria	35
B. Limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria	39
C. La dependencia por limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	42
D. El riesgo de mortalidad por comorbilidad	45
IV. Conclusiones y recomendaciones	49
Bibliografía	55
Anexos	59
Anexo 1 Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria	60
Anexo 2 Flujograma de aplicación de la encuesta	61
Anexo 3 Programa de salario ciudadano para cuidadores de la Ciudad de México	62

Cuadros

Cuadro 1	Ciudad de México: población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento demográfico, 1990 a 2030	19
Cuadro 2	Ciudad de México: porcentaje de personas de 12 años y más según el tiempo diario que usualmente dedican al cuidado exclusivo de otros miembros del hogar en sus días hábiles, según sexo, 2011	27
Cuadro 3	Ciudad de México (15 delegaciones): número de asilos y casas hogar, 2014	30

Gráficos

Gráfico 1	Ciudad de México: población de los grupos de edades extremos, 2010-2030	18
Gráfico 2	Ciudad de México: tasa de dependencia de cuidados por grupos de edad, 2010-2030	20
Gráfico 3	México y Ciudad de México: población adulta mayor con necesidad de cuidado, 2010-2030	20
Gráfico 4	Ciudad de México: población de 60 años y más que presenta al menos un tipo de discapacidad, 2010	21
Gráfico 5	Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más por tipo de discapacidad, 2010	22
Gráfico 6	Ciudad de México: causas de discapacidad de la población de 60 años y más por delegación de residencia, 2010	23
Gráfico 7	Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con dificultad para caminar o moverse por delegación de residencia, 2010	23
Gráfico 8	Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con dificultad para realizar su cuidado personal por delegación de residencia, 2010	24
Gráfico 9	Ciudad de México: esperanza de vida carente de buena salud por dificultad para moverse o caminar en la población de 60 años y más, 2010	25
Gráfico 10	Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con limitación mental por delegación de residencia, 2010	26
Gráfico 11	Ciudad de México (15 delegaciones): población derechohabiente de la Pensión Alimentaria en asilos y casas hogar, 2014	31
Gráfico 12	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD por edad, 2015	35
Gráfico 13	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD según delegación de residencia, 2015	36
Gráfico 14	Ciudad de México: autopercepción de la salud según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015	37
Gráfico 15	Ciudad de México: derechohabientes que declaran necesitar ayuda según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015	37
Gráfico 16	Ciudad de México: derechohabientes que no cuentan con ayuda, según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015	38
Gráfico 17	Ciudad de México: sexo del cuidador según presencia de limitaciones en las ABVD en la persona cuidada, 2015	38
Gráfico 18	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las AIVD por edad y sexo, 2015	39
Gráfico 19	Ciudad de México: autopercepción de la salud según presencia de limitaciones en las AIVD por sexo, 2015	40
Gráfico 20	Ciudad de México: edad y sexo de quienes prestan ayuda según presencia de limitaciones en las AIVD en la persona cuidada, 2015	41
Gráfico 21	Ciudad de México: derechohabientes con limitaciones en las AIVD que cuentan con ayuda, según sexo, 2015	41

Gráfico 22	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las AIVD según nivel de marginación de la zona de residencia, 2015.....	42
Gráfico 23	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según sexo, 2015	43
Gráfico 24	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según delegación de residencia permanente, 2015	43
Gráfico 25	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD por edad y sexo, 2015	44
Gráfico 26	Ciudad de México: derechohabientes con limitaciones en la ABVD y las AIVD que no cuentan con ayuda según sexo, 2015	44
Gráfico 27	Ciudad de México: autopercepción de la salud en los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según sexo, 2015	45
Gráfico 28	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015	46
Gráfico 29	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD por grupos de edad según probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015	46
Gráfico 30	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con probabilidad de morir en un año por comorbilidad según sexo, 2015	47
Gráfico 31	Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD que no cuentan con ayuda por probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015	48
Gráfico 32	Ciudad de México: edad del cuidador según probabilidad de muerte en un año por comorbilidad de la persona cuidada, 2015.....	48
 Recuadros		
Recuadro 1	Los riesgos de la falta de atención de la necesidad de cuidado	12
Recuadro 2	Los cuidados paliativos al final de la vida.....	15
Recuadro 3	Oferta de capacitación para cuidadores	28
Recuadro 4	Características de los encuestados que necesitaron ayuda de un tercero para responder la encuesta.....	34
 Diagramas		
Diagrama 1	Ámbitos de intervención en materia de cuidados de las personas mayores	16
 Mapas		
Mapa 1	Ciudad de México (15 delegaciones): instituciones de cuidado de personas mayores, 2014	30

Resumen

Uno de los grandes retos del siglo XXI es avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas, en un marco de solidaridad e igualdad. La urgencia actual de este tema como asunto público reside principalmente en el escenario en el que esta dimensión de la realidad social se desarrolla hoy por hoy, caracterizado por la transformación de los roles de las mujeres, la presencia aún importante de niños, el creciente envejecimiento de la población, la mayor sobrevivencia con enfermedades o discapacidad y los cambios de los modelos de familia.

A este panorama se suma una previsión prácticamente nula de la necesidad de cuidado como un riesgo en los sistemas de protección social, lo que impacta en la posibilidad de que las personas mayores reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte importante de la población queda excluida de los servicios sociales, e incluso puede comprometer su patrimonio y sus ingresos en la búsqueda de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida diaria en el ámbito público y privado.

En este escenario, la construcción de una política pública de cuidados es más importante y urgente que nunca. La obligación del Estado es brindar un acceso oportuno y de calidad a todas aquellas personas mayores que necesitan de la ayuda de otro para mantener su autonomía y dignidad. Cumplir con esa obligación es una necesidad perentoria, y además una demanda ética, máxime cuando el cuidado ha sido reconocido como un derecho humano en la región, mediante la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada recientemente por los países miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Este documento asume esta demanda imperiosa, pues fue elaborado con el propósito de brindar sustento teórico y empírico para la elaboración de un programa de cuidados en la Ciudad de México. Para ello se entregan en primer lugar algunos antecedentes conceptuales sobre el tema, con la finalidad de circunscribir el enfoque y los contenidos de la intervención que está diseñando el Gobierno de la Ciudad en la materia. En segundo lugar, se describe el contexto general en el que se desarrolla la problemática del cuidado en la Ciudad de México, específicamente, se estima su demanda y se analizan las formas en que las familias le están dando respuesta. Por último, se entregan los resultados de la “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, sobre la base de las respuestas de 23.699 entrevistados durante el primer semestre de 2015.

Introducción

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el cuidado puede ser definido como un derecho subjetivo, vale decir, una expectativa que se ha formado una persona acerca de la acción del Estado, los poderes fácticos o el resto de las personas (Serrano y Vázquez, 2013). La obligación del Estado frente a esta necesidad es garantizar el acceso a los servicios sociales a todas aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia, sea de carácter temporal o permanente, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.

La novedad y urgencia actual del cuidado como asunto público reside principalmente en el escenario en el que se desarrolla hoy por hoy, caracterizado por la transformación de los roles de las mujeres, la presencia aún importante de niños, el creciente envejecimiento de la población, la mayor sobrevivencia con enfermedades o discapacidad y los cambios de los modelos de familia.

La incorporación de las mujeres a la fuerza laboral ha reducido el tiempo que hasta ahora ellas destinaban al cuidado no remunerado de las personas con dependencia temporal o permanente. Este hecho, a cuya base se encuentra la búsqueda de la igualdad de género, se transforma en una dificultad cuando no existen las provisiones suficientes para suplir la ausencia de las cuidadoras tradicionales o cuando se las sobrecarga con funciones asociadas a sus roles en la vida extradoméstica, doméstica y de cuidado.

De manera simultánea, la demanda demográfica de las personas que necesitan cuidado se está incrementando, por la presencia aún importante de niños —que en 2015 representan el 26,1% de la población de América Latina y el Caribe (United Nations, 2013)—, y porque a ellos se suma un segmento etario con alta posibilidad de perder su autonomía funcional.

En efecto, si bien una parte importante de las personas mayores puede tener autonomía funcional, los estudios epidemiológicos han demostrado que, si hubiera que definir una edad de corte, a partir de los 75 años la presencia de fragilidad tiene una clara relación con la edad cronológica¹. Desde ese momento las enfermedades crónicas y degenerativas, sumadas a la predisposición genética, los estilos de vida inadecuados y las condiciones socioeconómicas precarias y ambientales nocivas, hacen que aumente el riesgo de que el estado de salud funcional de la persona mayor transite desde la independencia a la dependencia (Villalobos, s/f).

¹ En general, las personas de 75 años y más pueden experimentar una independencia inestable y el riesgo de pérdida funcional. Suelen requerir hospitalización, sufren caídas frecuentes, usan medicación y padecen enfermedades crónicas que tienden a conducir a la incapacidad (The Family Watch, 2012; García-García *et al.*, 2011).

Actualmente se estima que las personas de 75 años y más representan el 27% de la población adulta mayor latinoamericana, y que este segmento etario crecería a una tasa cercana al 3,4% anual en el período 2015-2020. En 2030 la cantidad de personas de este subgrupo de edad se habrá duplicado con respecto a la de 2015, y en 2050 sumará casi 70 millones de personas.

En paralelo, el acelerado descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida de las últimas décadas han contribuido a la configuración de un escenario híbrido, en el que emergen situaciones diversas respecto de los tipos de hogares existentes, y en el que las formas familiares de la época pre-industrial coexisten con nuevos arreglos residenciales (Arriagada, 2007; Sunkel, 2006). Esto significa que la contribución de la familia, como principal red de protección para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores con dependencia, ya no es la misma que en décadas anteriores, sin embargo, su actuación pasada facilitó un rol subsidiario del sector público en esta materia que continúa hasta el presente (The Family Watch, 2012).

En este escenario, la construcción de una política pública de cuidado es más importante que nunca. Su fundamento, incluso más allá de la demanda, radica en el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países². Junto con ello, la previsión prácticamente nula de la necesidad de cuidado como un riesgo en los sistemas de protección social impacta en la posibilidad de que las personas mayores reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte importante de la población queda excluida de los servicios sociales, e incluso puede comprometer su patrimonio y sus ingresos en la búsqueda de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida diaria en el ámbito público y privado.

Además, el cuidado es parte del tejido de la sociedad y constituye por lo tanto un elemento central del desarrollo social (UNRISD, 2010; Colombo *et al.*, 2011). Desde esta perspectiva, y como se demuestra en este documento, la manera en que las sociedades aborden el tema del cuidado tendrá implicaciones trascendentales en la forma de organizar la solidaridad y el ejercicio de la ciudadanía social.

En definitiva, la necesidad de cuidado es multifacética, pero en esencia no es diferente de la que siempre han tenido todos los seres humanos en distintos momentos de su ciclo vital. Sin embargo, por el contexto en el que se desarrolla en la actualidad, sus implicaciones sociales y económicas dependerán mucho más de los arreglos institucionales —públicos y privados— específicos de cada país, lo que afectará no solo la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también los contratos de género y generacionales en esta materia.

Este documento tiene el propósito de brindar sustento teórico y empírico para la elaboración de un programa de cuidados en la Ciudad de México. Para ello se entregan en primer lugar los antecedentes conceptuales sobre el tema, con la finalidad de circunscribir el enfoque y los contenidos de la intervención que está diseñando el Gobierno de la Ciudad en la materia. En segundo lugar, se describe el contexto general en el que se desarrolla el cuidado en la Ciudad de México, específicamente la estimación de su demanda y las formas en que las familias le están dando respuesta. Por último, se entregan los resultados de la “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, sobre la base de las respuestas de 23.699 entrevistados.

Se espera que este documento sea ampliamente difundido y sirva de base para el impulso de la economía del cuidado, tanto entre los diferentes estamentos del Gobierno de la Ciudad de México como entre otros actores interesados del país y fuera de él.

² Por ejemplo, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disminución prevista de la disponibilidad de cuidadores familiares, se estima que en 2050 la demanda de cuidados de largo plazo en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) implicará una duplicación de los trabajadores del cuidado (*long-term care workers*) como porcentaje de la población activa (Colombo *et al.*, 2011).

I. El cuidado desde una perspectiva de derechos humanos

A. La dependencia y el acceso a los servicios sociales

La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano. Las personas pueden necesitar cuidados de otros debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o tareas que se deben realizar todos los días.

Tradicionalmente, esas actividades de la vida diaria se clasifican como *básicas* (ABVD) —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e *instrumentales* (AIVD) —preparar comidas propias, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de distancias que pueden recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o la Internet. Una persona es dependiente si tiene limitaciones tanto para realizar las ABVD como las AIVD. Aunque el número de limitaciones para definir a una persona como dependiente varía entre los países, existe consenso en que se trata de un criterio adecuado que tiene como característica la imposibilidad de vivir de manera independiente y la necesidad de ayuda de otro para llevar a cabo ciertas tareas.

Existen varios factores que intervienen en el crecimiento de la dependencia. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el gasto de la atención a la dependencia es prácticamente nulo entre los 60 y los 65 años, pero después de esa edad aumenta bruscamente y de forma constante (Wittenberg *et al.*, 2006). Sin embargo, este incremento no se debe únicamente a la edad de la vejez. De acuerdo al mismo organismo, el gasto de cuidado de largo plazo como porcentaje del PIB aumentaría del 1,1% en 2005 al 2,3% en 2050 por el efecto del envejecimiento demográfico, al 2,8% por la expansión de la dependencia —a razón de un incremento anual del 0,5%— y al 3,9% por la disminución de los cuidadores informales (OECD, 2006).

Frente a la falta de oferta de cuidado informal, la disponibilidad y el acceso a los servicios sociales suele ser restringida, incluso en los países europeos, debido a su elevado costo para los usuarios y a su escasa cobertura en los sistemas de protección social (véase el recuadro 1). En el Reino Unido se estima que los costos del cuidado de largo plazo para las personas de 65 años y más exceden las 30.000 libras esterlinas anuales en promedio por persona —lo que equivale a aproximadamente 36.000 euros— (Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard, 2010), mientras que en los Estados Unidos, el costo de los cuidados formales en las instituciones se calcula en un promedio de 75.000 dólares americanos por año

—aproximadamente 57.000 euros—, y 20 dólares americanos por hora para la atención domiciliaria —alrededor de 15 euros. Estas cantidades representan tres veces el ingreso disponible promedio de la población de 65 años y más (Gleckman, 2010).

Por lo tanto, sin cobertura de servicios sociales, como ocurre en la mayoría de los países de la región, el empobrecimiento de la persona mayor con dependencia es un riesgo inminente. La dependencia de cuidadores no profesionales y de la familia no siempre es la solución, y en muchos casos ni siquiera forma parte del abanico de alternativas al que puede recurrir una persona de edad.

Recuadro 1 **Los riesgos de la falta de atención de la necesidad de cuidado**

En India, Singapur y China la legislación impone a los adultos jóvenes la obligación de asumir el cuidado de sus padres, bajo amenaza de cárcel o multas. En otras regiones del mundo, como África o América Latina, las políticas se sustentan sobre la base de que las redes privadas —comunidades, familia— pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores (muchos de ellos mujeres) y a los impactos en la calidad del cuidado no remunerado, en el ingreso de las familias cuidadoras, en la salud y el futuro empleo de los cuidadores.

La ausencia de atención global de las necesidades de cuidado de las personas mayores se refleja en el hecho que solo algunos países han implementado planes de beneficios en esta materia. Muchos de ellos aplican un financiamiento impositivo para afrontarlos, como es el caso de Dinamarca, Noruega y Suecia.

Solo un pequeño número de países, incluyendo a Alemania, el Japón, Holanda y la provincia china de Taiwán, poseen un plan de seguridad social para cubrir los costos derivados del cuidado. Dada la complejidad de las necesidades y de los planes existentes, se requiere que las personas mayores cuenten con un conocimiento calificado sobre los cuidados de largo plazo para lograr obtener los beneficios. Estos pueden ser económicos —incluyendo el apoyo financiero a los cuidadores familiares— o aplicables a la institucionalización o los cuidados domiciliarios. Los criterios de selección varían ampliamente, y con frecuencia se evalúan la edad y las necesidades.

Dada la limitada disponibilidad de los recursos públicos, todos los planes y sistemas vigentes se caracterizan por apoyarse fuertemente en copagos de fuentes públicas y privadas. Como resultado, el desembolso personal para los cuidados de largo plazo tiene un impacto significativo sobre el ingreso de las personas mayores, y por lo tanto, los más afectados son los pobres, las mujeres y aquellas personas de muy avanzada edad.

Fuente: International Labour Office (ILO), *World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*, Geneva, 2014.

B. La especificidad de los servicios sociales

Los servicios sociales deben formar parte de los sistemas de protección social. Con frecuencia se los confunde con la atención sanitaria, sin embargo, existen importantes diferencias entre ambos campos de intervención. Una de ellas es que, mientras que los servicios de atención de la salud tienen como objetivo el cambio de un estado de salud —de malo a bueno—, los servicios sociales solo aspiran a que la condición presente de la persona sea más llevadera (Scheil-Adlung y Bonon, 2012). Por lo tanto, los servicios sociales no reemplazan en ningún caso a la atención de la salud.

Tampoco pueden reemplazar esta atención la familia o la comunidad. Si bien pueden ayudar en los momentos de necesidad temporal, cuando el cuidado es requerido las 24 horas, o cuando se trata de cuidados de largo plazo, con seguridad se necesitará ayuda profesional en salud para asistir de manera más eficaz a la persona mayor. Esto no quiere decir que quienes deseen brindar cuidado a un familiar no puedan hacerlo o que el mejor lugar para el cuidado de una persona mayor sea una institución, sino que hay que separar las funciones en los momentos más críticos. El alivio y la contención forman parte del cuidado e incluso en algunos casos pueden constituir su esencia, pero en situaciones de dependencia severa se deben complementar con la atención de la salud para que la persona mayor pueda recuperar o mantener por más tiempo su autonomía.

Otra distinción relevante es la que debe establecerse entre el servicio doméstico y el de cuidado. El primero tiene que ver directamente con la reproducción social de la unidad doméstica, mientras que el segundo con el apoyo para mantener la autonomía de la persona. En la región, con frecuencia se concibe que el servicio doméstico puede cumplir la misma función que el de cuidado, y al ser mucho más barato que este último y contar con mayor oferta, tiende a optarse por él. Sin embargo, la falta de distinción entre ambos tipos de trabajo afecta al sujeto que recibe el cuidado y también al cuidador.

Para brindar cuidado se necesitan conocimientos, experiencia y formación, sobre todo si se trata de requerimientos intensivos. Los costos físicos y emocionales para el cuidador no capacitado son altos, pues su salario, las condiciones de su empleo y su cobertura social son inexistentes o insuficientes, y ello impacta negativamente en la calidad del cuidado que brinda, lo que genera insatisfacción tanto en el propio cuidador como en quien recibe el cuidado.

C. Los principios para el cuidado de las personas mayores desde la perspectiva de derechos humanos

El cuidado es una necesidad, en el sentido que corresponde a un estado de dependencia o, en otros términos, expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto al mundo al que pertenece. Como tal, siempre ha existido, la diferencia principal con épocas anteriores es que su organización social actual está en entredicho por las razones que se identificaron en los apartados anteriores.

Pese a la importancia del tema, la dependencia no se ha convertido todavía en un riesgo para los sistemas de protección social y su definición y alcance son ambiguos. Solo en los últimos años ha habido aproximaciones más claras a su conceptualización y consecuencias, que van desde el reclamo de condiciones para ejercer el cuidado adecuadamente (tiempo, financiamiento y apoyo) hasta la discusión sobre el contenido moral de la atención que se brinda.

Otro aspecto relevante se relaciona con la forma institucional para responder a la dependencia. La modalidad institucional o formal corresponde a los servicios sociales, que buscan proteger o promover la autonomía de la persona desde una perspectiva moral y fáctica³. Para que las personas mayores puedan lograr esta autonomía se requiere un conjunto de medidas que faciliten su realización. No obstante, debido a que el cuidado y los servicios sociales suelen ubicarse en la frontera con la beneficencia, es indispensable identificar ciertos principios que guíen las acciones para diferenciarlos de aquella.

En primer lugar, es fundamental favorecer la igualdad entre los ciudadanos y ciudadanas que precisan cuidado, de modo que no sea únicamente el origen familiar o social el que determine la posibilidad de contar con servicios de apoyo en momentos de dependencia. De la misma manera, con el fin de disminuir la desigualdad que afecta a las mujeres, las responsabilidades de asistencia deberían repartirse entre los miembros de las familias. Para ello, habría que desarrollar de manera enérgica políticas y programas que contribuyan a fortalecer la igualdad de género en la división sexual de las labores de cuidado, involucrar tanto a los hombres como a las mujeres en las tareas de apoyo y permitir que cada uno concilie la vida familiar con la laboral. Además, hay que trabajar por revalorar el imaginario del cuidado, puesto que la realidad en la que se materializa está asociada simbólicamente a las relaciones de subordinación y servidumbre. Por lo tanto, es preciso dar valor a los cuidados y prestigiar los saberes vinculados a él.

³ Véase Xabier Etxeverría Mauleon (2014), “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad”, en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez (editoras), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), Santiago, CEPAL.

En segundo lugar, es necesario incorporar la universalidad como un principio básico de los servicios, las prestaciones y los beneficios dirigidos a las personas que precisan asistencia. Tal como lo ha planteado la CEPAL (2006), la universalidad no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad. Esto significa que hay que ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, centrándose menos en la capacidad de pago y más en las necesidades de las personas que requieren asistencia. En este sentido, es responsabilidad del Estado asegurar la calidad y accesibilidad de todos los ciudadanos y ciudadanas a los servicios existentes, y ejercer un rol activo en su prestación. Muy vinculado a este principio se encuentra el de la seguridad, en la medida que todas las personas deben contar con la certeza que su necesidad de cuidado será atendida con independencia de su trayectoria individual y generacional, que esa atención será sostenible y que no se perderá por razones de índole presupuestaria.

En tercer lugar, los cuidados son un ejercicio práctico de la solidaridad. Aunque en principio están destinados a las personas que los necesitan con urgencia en la vida cotidiana, de manera indirecta ofrecen seguridad a todos. Las políticas y programas de cuidado deben prestar especial atención a todas las generaciones, a sus necesidades y expectativas, asegurándoles una plena implicación en la sociedad. Se requieren acciones integradas que involucren a todos los grupos etarios, toda vez que el éxito de los jóvenes incidirá en la habilidad de la sociedad a la hora de apoyar a las personas que dependen de la ayuda de los demás. También hay que prestar atención a la generación intermedia, que se ocupa tanto de los grupos más jóvenes como de las personas mayores. Para ello son necesarias políticas especiales, que ofrezcan a todos los miembros de la familia una mejor protección. Una de las tareas del Estado en este sentido es ayudar a las personas a elegir si desean cuidar a sus familiares dependientes (niños, personas de edad y con enfermedad crónica o terminal) y ofrecerles las condiciones para llevar a cabo su decisión.

En cuarto lugar se ubica el apoyo. Los servicios sociales formales no son contradictorios con las formas familiares y comunitarias de cuidado. Muy por el contrario, estas últimas seguirán existiendo con independencia del rol que el Estado tenga en la provisión de servicios de asistencia. No hay que olvidar que los cuidados se llevan a la práctica como un trabajo, pero se piensan como parte de las relaciones filiales. Es por esto que cualquier intervención del Estado en esta materia debe estar dirigida a multiplicar la capacidad instalada y agregarle valor, no a sustituir la ayuda familiar o informal.

D. Ámbitos de intervención en el cuidado de las personas

Los ámbitos de trabajo en esta materia son variados, pero se pueden identificar algunos más importantes a partir de la experiencia de los países de la OCDE:

- Ayudar a quienes brindan cuidados a combinar esas tareas con el trabajo remunerado, incluyendo medidas tales como el permiso laboral, el horario flexible y el fuero laboral para ellos.
- Mejorar el bienestar físico y mental de quienes brindan cuidado, contemplando acciones destinadas a favorecer el respiro del cuidador o cuidadora, la información y coordinación de servicios, la consejería y capacitación y la disponibilidad de infraestructura y tecnología adecuada.
- Reconocer a quienes brindan cuidados y garantizar sus derechos, favoreciendo con un salario ciudadano a quienes prestan cuidado o con una transferencia en efectivo a quienes lo reciben, asegurándoles también el acceso a los beneficios de la seguridad social y la salud. Además es muy importante instalar el cuidado en el debate público, para darle el valor y el reconocimiento que se merece (adaptado de Colombo *et al.*, 2011).
- Desarrollar servicios sociales para el fortalecimiento de la autonomía de las personas mayores: se trata de acciones de carácter progresivo y en ningún caso excluyentes, que

van desde el cuidado domiciliario hasta el establecimiento de cuidados de largo plazo. Incluyen también los cuidados paliativos (véase el recuadro 2).

Sobre esta base es posible construir una matriz de trabajo para abordar el tema del cuidado, de la que se desprenden las acciones en cada uno de los componentes recién identificados (véase el diagrama 1).

En definitiva, el cuidado es un área que afecta directamente los sistemas de protección social. En este marco, su abordaje como un asunto público es fundamental para asegurar una sociedad cohesionada y evitar que sus costos fluyan directamente hacia las familias en general y las mujeres en particular.

Recuadro 2 **Los cuidados paliativos al final de la vida**

En 2002, la Organización Mundial de la Salud estableció una definición revisada de los cuidados paliativos, explicando que mejoran la calidad de vida de las personas y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. Según el organismo, los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, y no intentan ni acelerarla ni retrasarla (OMS, s/f).

Para las Naciones Unidas, el acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica, y por lo tanto se aplican en esta materia la doctrina internacional existente, la jurisprudencia de los órganos de los tratados y la práctica de los países. Por ejemplo, en su informe de 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes estableció que el acceso a medicamentos esenciales es parte de las obligaciones básicas del Estado en relación al derecho a la salud, y que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante (Naciones Unidas, 2013).

Se estima que en 2011, de los 29 millones de personas que murieron en el mundo por enfermedades que requieren cuidado paliativo, 20,4 millones lo necesitaron al final de la vida. La mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos en esta última etapa de su vida residen en países de bajos y muy bajos ingresos, y la mayor proporción tienen 60 años y más (69%) (Connor and Sepúlveda, 2014). Sin embargo, la discriminación de la que son objeto las personas mayores con frecuencia limita la posibilidad de acceder a este tipo de cuidado. Persiste en el imaginario la percepción de que la vejez representa inutilidad, impotencia y finitud de la vida. En buena medida a causa de ese imaginario, es más fácil desplegar expresiones de piedad frente a un niño o un adulto que frente a una persona mayor con una enfermedad terminal.

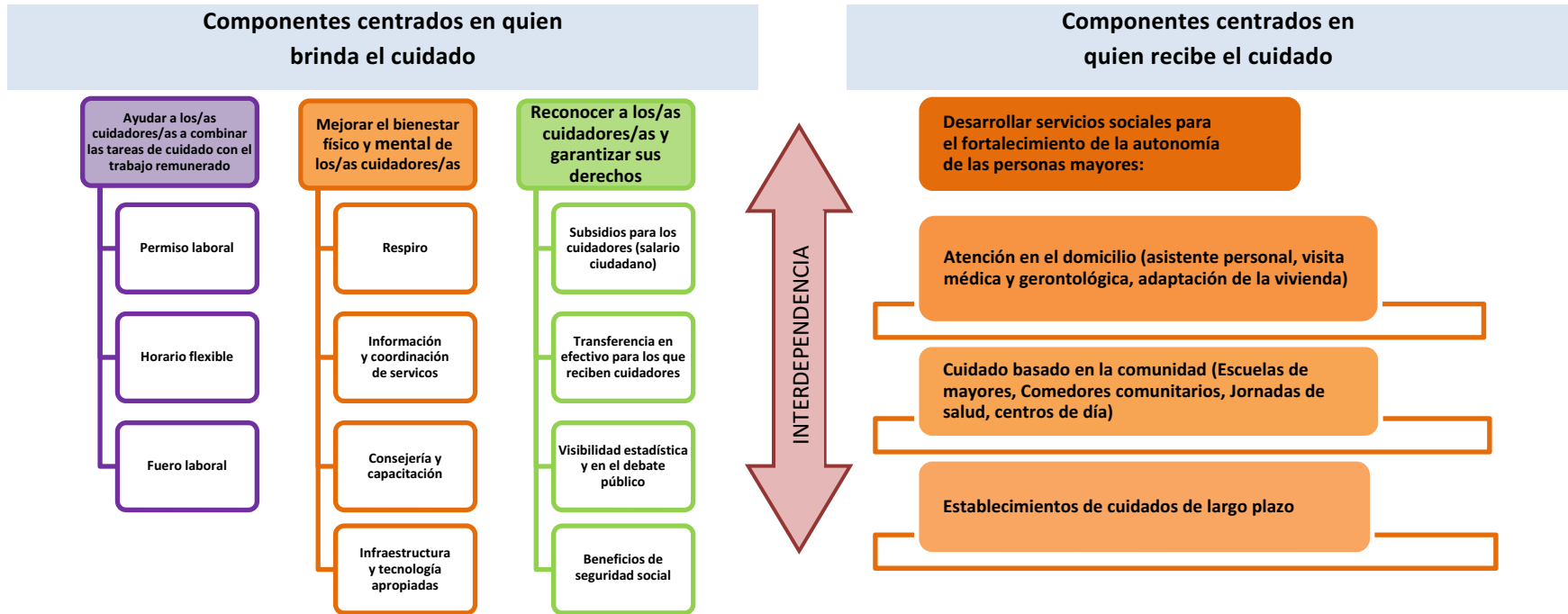
Esta situación traspasa el ámbito individual y se convierte en una práctica institucionalizada de los sistemas de salud. En el Reino Unido, por ejemplo, alrededor del 83% de todas las muertes corresponden a personas de 65 años y más, por lo que sería razonable esperar que un porcentaje similar de personas de ese rango etario tuviera acceso a los servicios especializados de cuidados paliativos. Sin embargo, las coberturas son inferiores al 60% (Centre for Policy on Ageing, 2009).

En el mismo país, en una encuesta realizada en 2001 sobre atención al final de la vida de los pacientes hospitalizados, las enfermeras y los médicos manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracteriza por la falta de compromiso emocional con el paciente y la confidencialidad institucionalizada de información sobre la muerte. Señalaron que “aunque las enfermeras proporcionan atención individual a los pacientes moribundos, gran parte de esta se dirige únicamente a satisfacer sus necesidades físicas. Hay evidencia de que la muerte en el hospital a veces es mal gestionada, con un control inadecuado de síntomas, pobre apoyo a pacientes y cuidadores, y escasa o nula comunicación sobre el pronóstico y el tratamiento” (Costello, 2001). De igual manera, los cuidados paliativos suelen ser mal entendidos, y se convierten en un sustituto de la atención curativa.

De esta manera, el dolor asociado a la vejez se institucionaliza y se convierte en algo intrínsecamente ineluctable, que se debe soportar porque se es viejo. Pero aunque en la vejez la persona se expone más a menudo a fenómenos dolorosos, no hay ninguna razón para asociarlos a la edad. Como en cualquier otra etapa del ciclo de vida, el dolor es fruto de enfermedades, y por lo tanto se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviarlo y ayudar a vivir de forma plena y satisfactoria, aunque se padezca una enfermedad terminal (Hadjistavropoulos, T. and Hadjistavropoulos, H., 2008).

Fuente: Sandra Huenchuan, “Palliative care at the end of life and death with dignity”, *FOCUS Magazine*, ECLAC Subregional Headquarters for the Caribbean, in press.

Diagrama 1
Ámbitos de intervención en materia de cuidados de las personas mayores



Fuente: Sandra Huenchuan, “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado”, en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez (editoras), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), Santiago, CEPAL, 2014.

II. El escenario del cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México

A. El número de personas mayores y su importancia relativa

Según las estimaciones y proyecciones de población, en 2015 hay en la Ciudad de México 1.183.401 personas de 60 años y más, que representan el 13,4% de su población total. Este panorama dista bastante del que se observaba en 1990, cuando las personas mayores superaban levemente el medio millón y representaban el 6,5% de la población total. En casi 25 años este segmento etario se duplicó, tanto en términos absolutos como relativos, incrementándose a una tasa media anual del 3%, cifra muy superior a la de la población total, que está muy cercana al 0%, y a la de los niños de 0 a 14 años, que ya presenta valores negativos.

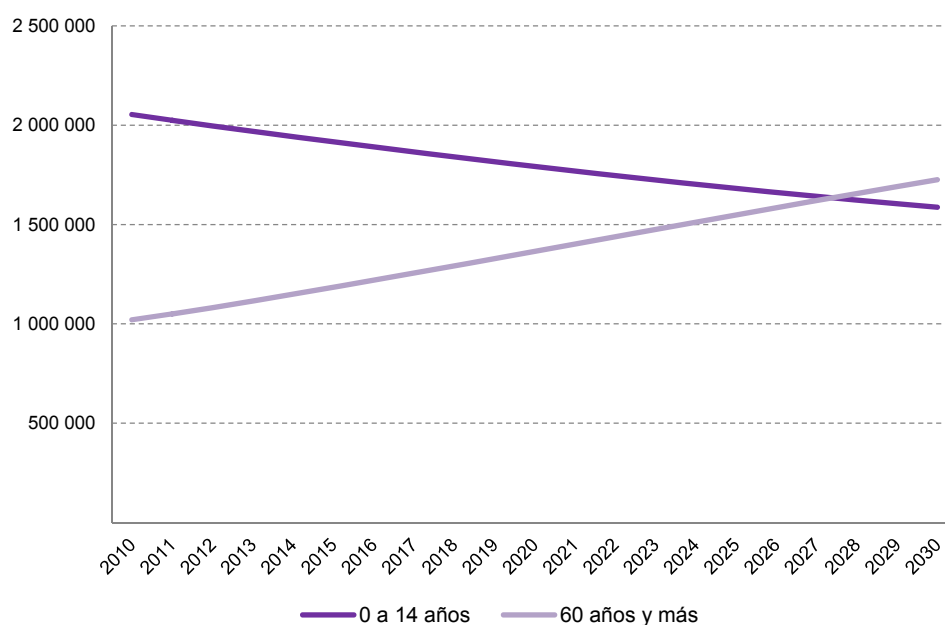
En las próximas décadas este grupo de población continuará creciendo. En 2030 aumentará a 1.725.863 personas y representará el 20% de la población total. Durante el período 2014-2030 la población adulta mayor se incrementará a un ritmo medio anual del 2,5%, mientras que la población total decrecerá a una tasa media anual del -0,3%. Este grupo etario es el único que aumentará durante este período, el resto de la población, y especialmente los menores de 15 años, decrecerán en términos relativos y absolutos.

La relación de dependencia en la vejez y el índice de envejecimiento⁴ son indicadores que permiten medir los efectos potenciales de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico, y además proporcionan información sobre la velocidad con que debe ajustarse la oferta de bienes y servicios a las necesidades generadas por una demanda nueva y creciente. La Ciudad de México es la entidad federativa del país que registra los mayores valores en ambos indicadores. La relación de dependencia en la vejez se duplicó en el período 1990-2014, pues pasó de 10 a 20 personas de 60 años y más por cada 100 personas de entre 15 y 59 años. En 2030 el valor será de 33,7 personas mayores por cada 100 de 15 a 59 años.

⁴ La relación de dependencia en la vejez se utiliza para medir la necesidad potencial de soporte social de la población adulta mayor por parte de la población en edades activas, y se interpreta como el número de personas de 60 años y más por cada 100 personas de entre 15 y 59 años. El índice de envejecimiento, por su parte, expresa la forma en que varía el crecimiento de la población adulta mayor con respecto a la más joven, y se calcula como la relación entre las personas de 60 años y más y los menores de 15 años.

Por su parte, el índice de envejecimiento de la Ciudad de México en 1990 era de 20 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, y actualmente ese valor es de 59 por cada 100. En 2030 este índice superará la barrera de los 100 (alcanzará las 109 personas mayores por cada 100 menores de 15 años), es decir que el número de personas de edad será superior al de niños (véase el gráfico 1).

Gráfico 1
Ciudad de México: población de los grupos de edades extremos, 2010-2030
(En cantidad de personas)



Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO.

Las mujeres tienen una participación más alta dentro de la población adulta mayor, lo que se debe principalmente a su mayor sobrevivencia, aunque no necesariamente en las mejores condiciones de salud y seguridad económica. En 1990 la razón por sexo era de 67 hombres mayores por cada 100 mujeres, cifra que en 2014 aumentó levemente, a 74 hombres mayores por cada 100 mujeres, y que se mantendrá prácticamente constante hasta 2030 (véase el cuadro 1).

Es importante destacar que este grupo de población experimenta un envejecimiento interno, es decir que las edades más avanzadas de este segmento etario van adquiriendo cada vez mayor representación. En 1990 las personas de 75 años y más constituían el 18% de la población de 60 años y más, mientras que en 2015 aumentaron al 27,3% (323.406 personas) y en 2030 representarán casi el 30% (véase el cuadro 1).

Entre 2010 y 2030 la esperanza de vida al nacer en la Ciudad de México pasará de 75,4 años a 77,6 años, es decir, se registrará aproximadamente una ganancia de 2,2 años de vida promedio. También se observa una disminución de la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, que pasó de 6,3 años en 1990 a 5 años en 2010. En 2015, los hombres y mujeres de la entidad tienen una esperanza de vida de 73,5 años y 78,5 años al nacer, respectivamente (CONAPO, 2014).

Sobre la base del análisis de la esperanza de vida al nacer se podría decir que en la actualidad se vive más. Sin embargo, las estadísticas demuestran que la participación de la discapacidad en la esperanza de vida aumenta al envejecer, por lo que se espera que en parte de los años que le resta vivir

a las personas de 60 años y más se experimente una calidad de vida inadecuada (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

Cuadro 1
Ciudad de México: población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento demográfico, 1990 a 2030

Población de 60 años y más	1990	2000	2015	2030
Ambos sexos	562 798	777 628	1 183 401	1 725 863
Hombres	225 540	319 671	505 171	735 402
Mujeres	337 258	457 957	678 230	990 461
Porcentaje de población 60 años y más	6,5	8,7	13,0	20,4
Envejecimiento interno ambos sexos	18	25,7	27,3	29,0

Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO.

Las mujeres tienen a los 60 años una esperanza de vida superior a la de los hombres, pero su esperanza de vida con discapacidad también es más alta que la de ellos. En la Ciudad de México, en 2000, la esperanza de vida saludable de los hombres mayores era de 20,4 años, y se estimaba que dos de esos años se vivirían en un estado de salud incompleto o con discapacidad. La esperanza de vida saludable de las mujeres de las mismas edades, en tanto, era de 22,2 años, y su esperanza de vida con discapacidad era de 2,6 años. En ambos casos, la Ciudad de México exhibía valores muy cercanos al promedio nacional (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

De este modo, el significado de la enfermedad está cambiando. Ha pasado de ser un proceso agudo, que con frecuencia finalizaba en la muerte, a un estado crónico que padecen muchas personas por períodos prolongados en distintas etapas de su vida y que puede generar necesidades de ayuda diaria o frecuente, ya sea de manera permanente o intermitente (Puga, 2002).

B. Acercamiento a la demanda demográfica de cuidado

La situación del cuidado en la Ciudad de México no es diferente a la de otras partes de América Latina y el Caribe. Se estima que en 2015 hay más de 18 personas con necesidad de cuidado por cada 100 con posibilidad de brindarlo (véase el gráfico 2).

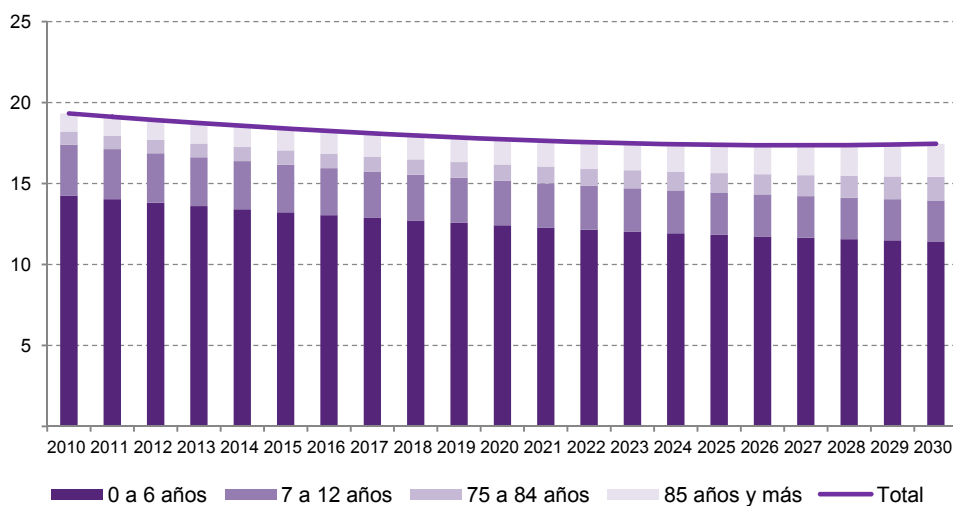
En la actualidad la demanda se concentra en los niños, especialmente en aquellos menores de 6 años, pero está disminuyendo por efecto del decrecimiento de la fecundidad. De manera paralela, la demanda de cuidado de las personas mayores se encuentra en franco proceso de crecimiento en la Ciudad de México, y se espera que en los próximos 15 años se incremente del 12% al 19% del total, lo que en términos absolutos significa que la población adulta mayor con necesidad de cuidado aumentará 1,5 veces entre 2015 y 2030⁵.

La demanda de cuidado de las personas de edades avanzadas en la Ciudad de México sería distinta de la del resto del país, ya que su principal incremento dentro de los próximos 15 años

⁵ La relación de dependencia de cuidado se define en términos de grupos de edades, aunque se concentra particularmente en aquellas personas con necesidades específicas de cuidado: por una parte, el grupo de 0 a 6 años y, por la otra, el de 85 años y más, los dos extremos del ciclo vital, que en la práctica son altamente dependientes de terceros para satisfacer sus necesidades. Luego se ubican las personas de 7 a 12 años y las de 75 a 84 años, quienes si bien pueden precisar cuidados, no siempre los requieren con la misma intensidad que los grupos anteriores. En el denominador —es decir, entre los 15 y los 74 años— se ubican los potenciales cuidadores (Budlender, 2008).

ocurriría en las edades más avanzadas (85 años y más), mientras que en el ámbito nacional lo haría entre los 75 y los 84 años de edad (véase el gráfico 3).

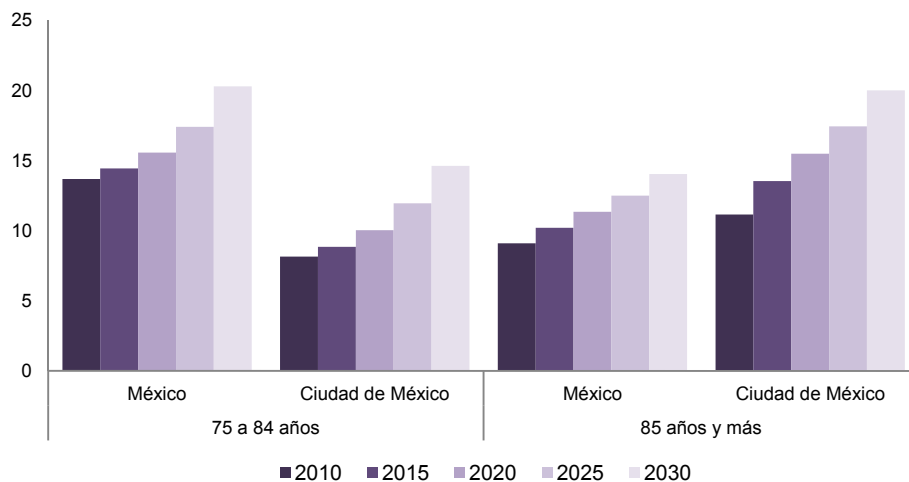
Gráfico 2
Ciudad de México: tasa de dependencia de cuidados^a por grupos de edad, 2010-2030
(Por cien)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de estimaciones y proyecciones del CONAPO.

^a La relación de dependencia de cuidado es el cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 12 años y de mayores de 80 años (con diferencias en el peso entre distintos grupos etarios) y la población de entre 15 y 74 años.

Gráfico 3
México y Ciudad de México: población adulta mayor con necesidad de cuidado, 2010-2030
(Por cada 1.000 potenciales cuidadores)



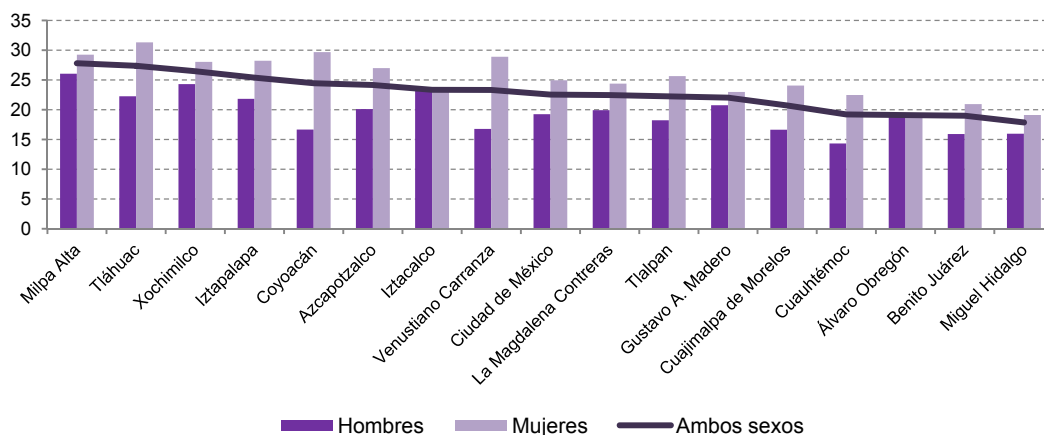
Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de estimaciones y proyecciones del CONAPO.

C. La demanda de cuidado por razones de salud

La edad no es la única forma de acercarse a la cuantificación de la demanda de cuidado. Hay otras variables, como la discapacidad, que tienen un efecto aún mayor cuando se la conjuga con la edad de la vejez. De acuerdo al último censo, de 2010, en la Ciudad de México la población de 60 años y más que presentaba al menos un tipo de discapacidad sumaba más de 244.000 personas, las que representaban el 29% de total de personas mayores y el 50,6% del total de personas con discapacidad⁶.

Las delegaciones en las que el promedio de personas mayores con discapacidad era superior al conjunto de la Ciudad eran, entre otras, Milpa Alta (27,8%), Tláhuac (27,4%), Xochimilco (26,5%) e Iztapalapa (25,4%). La Magdalena Contreras (22,5%) se encontraba en el promedio, y otras siete delegaciones se ubicaban por debajo de este valor (véase el gráfico 4). En todas las delegaciones, las mujeres de este segmento etario tenían mayor prevalencia de la discapacidad que los hombres. En Tláhuac, por ejemplo, el 31,3% de las mujeres de 60 años y más presentaban algún tipo de discapacidad; en Coyoacán la cifra era del 29,7%, y en Milpa Alta del 29,2% (véase el gráfico 4).

Gráfico 4
Ciudad de México: población de 60 años y más que presenta al menos un tipo de discapacidad, 2010
(En porcentajes)

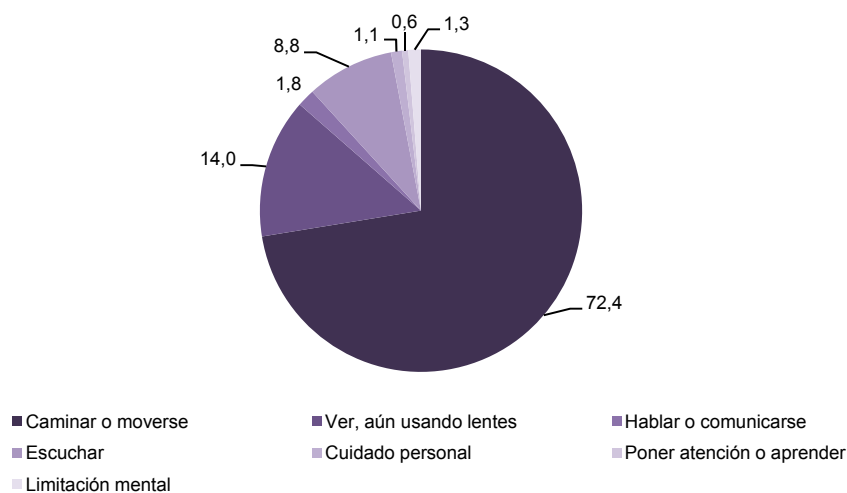


Fuente: CELADE- División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

⁶ El censo de 2010 definió a las personas con discapacidad como aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones que los demás. Los tipos de dificultad que se consideraron fueron: i) Para caminar o moverse: se refiere a la dificultad de una persona para moverse, caminar, desplazarse o subir escaleras debido a la falta de toda o una parte de sus piernas; incluye también a quienes teniendo sus piernas no tienen movimiento o presentan restricciones para moverse, de tal forma que necesitan ayuda de otras persona, silla de ruedas u otro aparato, como andadera o pierna artificial. ii) Para ver: abarca la pérdida total de la vista en uno o ambos ojos, así como a los “débiles visuales” y a los que aún usando lentes no pueden ver bien por lo avanzado de sus problemas visuales. iii) Limitación mental: comprende cualquier problema de tipo mental como retraso, alteraciones de la conducta o del comportamiento. iv) Para escuchar: incluye a las personas que no pueden oír, así como aquellas que presentan dificultad para escuchar (debilidad auditiva) en uno o ambos oídos, y a las que aún usando aparato auditivo tienen dificultad para escuchar debido a lo avanzado de su problema. v) Para hablar o comunicarse: hace referencia a los problemas para comunicarse con los demás, debido a limitaciones para hablar o porque no pueden platicar o conversar de forma comprensible. vi) Para poner atención y aprender: incluye las limitaciones o dificultades para aprender una nueva tarea o para poner atención por determinado tiempo, así como limitaciones para recordar información o actividades que se deben realizar en la vida cotidiana. vii) Para el cuidado personal: se refiere a las limitaciones o dificultades para bañarse, vestirse o tomar alimentos por sí mismo.

El tipo de discapacidad más frecuente entre las personas de 60 años y más de la Ciudad de México es la dificultad para caminar o moverse. Del total de personas mayores con discapacidad, el 72,7% tiene este tipo de dificultad, con una incidencia muy parecida entre hombres y mujeres. Le sigue la dificultad para ver, que afecta al 14%, y la de escuchar, al 8,6%. De acuerdo a esta fuente de datos, un bajo porcentaje de personas mayores tiene problemas para atender el cuidado personal, que incluye las tareas de bañarse, vestirse o tomar alimentos (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más
por tipo de discapacidad^a, 2010
(En porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

^a Dentro del total de personas de la misma edad que declaran discapacidad.

La principal causa de discapacidad que las personas mayores declararon en la Ciudad de México fue la edad avanzada (43,5%). Le siguieron en orden decreciente la enfermedad (39,4%), un accidente (13,2%) y haber nacido así (2%). Solo el 1,8% señaló otras causas (véase el gráfico 6).

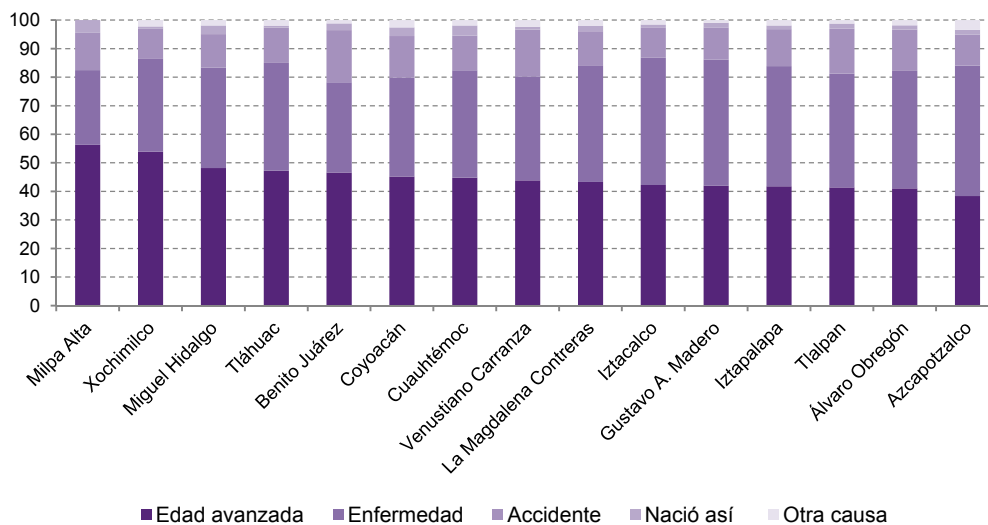
Existen diferencias importantes entre las delegaciones en relación a este aspecto. Por ejemplo, el 56,3% de las personas mayores con discapacidad de Milpa Alta y el 53,9% de las de Xochimilco declararon que la edad avanzada era la principal causa de sus limitaciones. En cambio, solo el 38,3% de las personas de Azcapotzalco y el 36,8% de las de Cuajimalpa de Morelos lo atribuyó a ese hecho.

El 45,7% de la población adulta mayor de Azcapotzalco y el 44,6% de la de Iztacalco imputó la causa de su discapacidad a la enfermedad. En cambio, solo el 31,6% de las personas de este segmento etario pertenecientes a la delegación de Benito Juárez y el 26,2% de las de Milpa Alta declararon lo mismo. Por su parte, Benito Juárez es la delegación en la que más personas mayores identificaron un accidente como causa de su discapacidad (18,3%), seguidas por las de Venustiano Carranza (16,4%). Por último, la discapacidad desde el nacimiento apareció entre el 12% de las personas mayores de Cuajimalpa de Morelos, y apenas en el 0,7% de las de Tláhuac.

Si se realiza un análisis desagregando la información por el tipo de dificultad, se observa que el mayor porcentaje de población de 60 años y más con limitación para caminar o moverse reside en Cuajimalpa de Morelos, con el 17,7%, seguida por Iztacalco, con el 13,1%, y Coyoacán, con el 9,1% (véase el gráfico 7). Por su parte, el porcentaje más alto de personas mayores con dificultades para

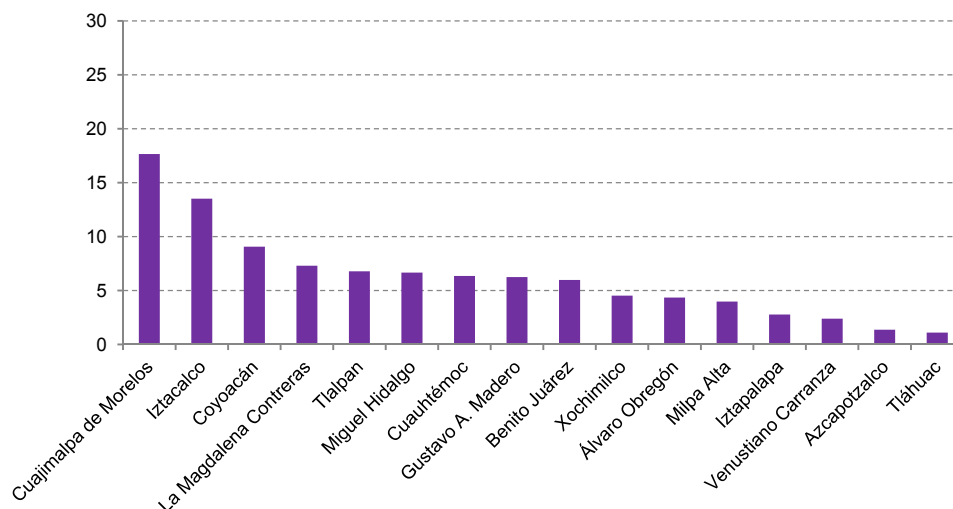
realizar su cuidado personal se concentra en Iztapalapa, con el 26,8%, y le siguen de lejos Benito Juárez y Gustavo Madero, con cifras cercanas al 11% (véase el gráfico 8).

Gráfico 6
Ciudad de México: causas de discapacidad de la población de 60 años y más por delegación de residencia, 2010
(En porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

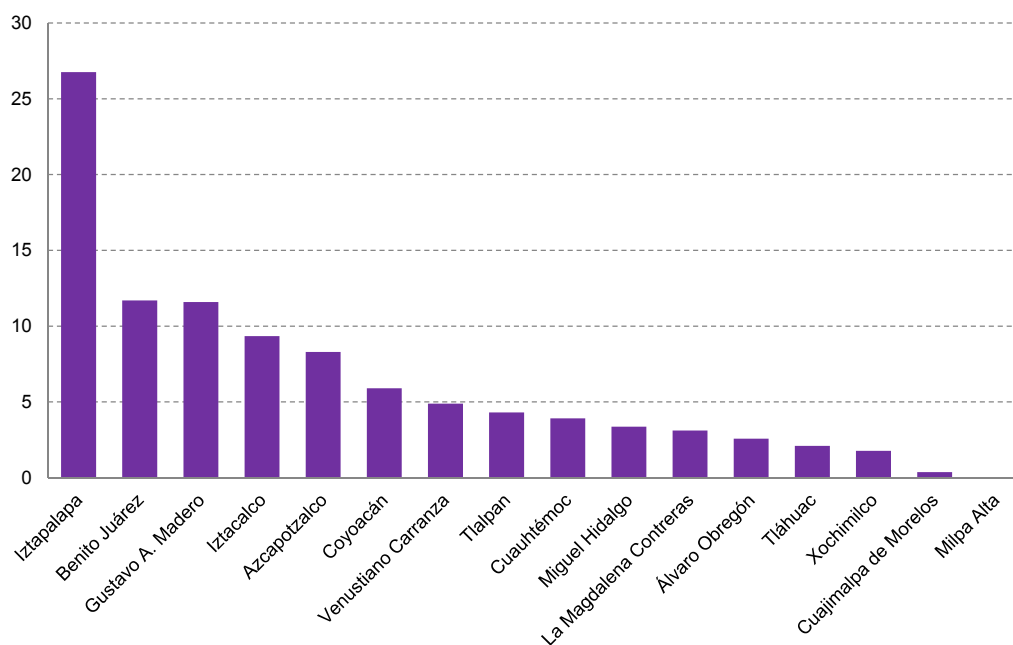
Gráfico 7
Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con dificultad para caminar o moverse^a por delegación de residencia, 2010
(En porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

^a Dentro del total de personas de la misma edad que declararon la misma dificultad.

Gráfico 8
Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con dificultad para realizar su cuidado personal^a por delegación de residencia, 2010
(En porcentajes)



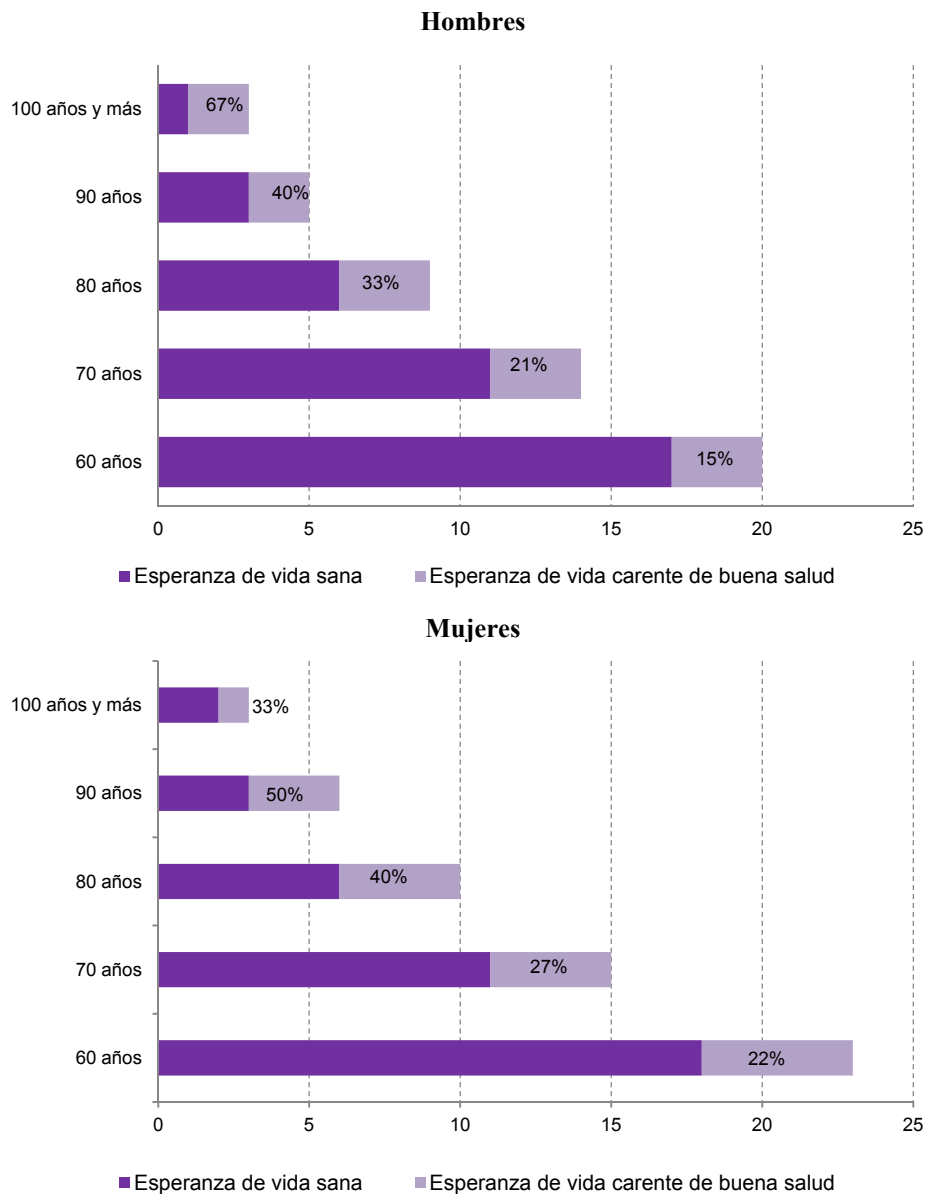
Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

^a Dentro del total de personas de la misma edad que declararon la misma dificultad.

De acuerdo a los cálculos del CELADE-División de Población de la CEPAL sobre la base del censo mexicano de 2010, las dificultades para caminar o moverse son las que más limitan la esperanza de vida sana de las personas mayores en la Ciudad de México (véase gráfico 9). De hecho, este indicador alcanza un valor muy similar a los 60 años de edad tanto en los hombres como en las mujeres (17 y 18 años, respectivamente), a pesar de la mayor sobrevivencia de estas últimas. Esto se debe a que ellas viven más tiempo (años) con mala salud que los hombres, la que se mantiene a medida que avanza la edad. Por ejemplo, los años de vida con dificultades representan el 22% de la esperanza de vida a los 60 años en las mujeres y el 15% en los hombres.

De igual manera, las limitaciones mentales son un problema que afecta cada vez más a las personas mayores, en particular el Alzheimer, que produce pérdida de la memoria, deterioro intelectual y trastornos del comportamiento. En este caso, la necesidad de cuidado se incrementa dependiendo de la etapa de la enfermedad que se atraviesa. En la Ciudad de México, el 16,9% de las personas mayores que tienen limitaciones mentales reside en Iztapalapa, el 13,7% en Gustavo Madero, el 11,2% en Miguel Hidalgo y el 10,5% en Coyoacán (véase el gráfico 10).

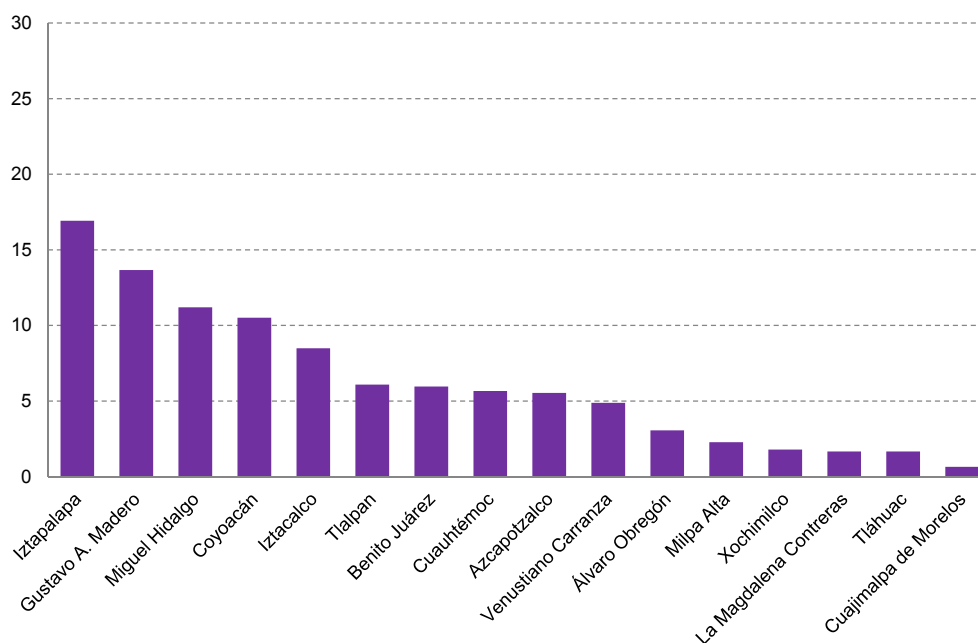
Gráfico 9
Ciudad de México: esperanza de vida carente de buena salud por dificultad para moverse o caminar en la población de 60 años y más, 2010



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

Las estimaciones para México indican que la prevalencia del Alzheimer a partir de los 65 años se duplica a medida que avanza la edad. Las más afectadas son aquellas personas de entre 75 y 80 años, entre las que la prevalencia alcanzaría al 30%, y las mujeres, quienes tienen mayor presencia en los servicios hospitalarios debido a esta causa. Entre 2000 y 2009 las defunciones por Alzheimer en el país tuvieron un considerable aumento (210%). En ese último año, la tasa de mortalidad por Alzheimer en la Ciudad de México fue de 2,9 defunciones por cada 100.000 adultos (Secretaría de Salud, 2011).

Gráfico 10
Ciudad de México: distribución de la población de 60 años y más con limitación mental^a por delegación de residencia, 2010
(En porcentajes)



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, elaborado sobre la base de microdatos censales.

^a Dentro del total de personas de la misma edad que declararon la misma dificultad.

D. La prestación del cuidado y las diferencias de género

Investigaciones realizadas en distintas partes del mundo muestran que la división sexual del trabajo de cuidado hace que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar de la población y a la economía, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia. En México, las Cuentas Satélites del Trabajo No Remunerado permiten conocer el valor económico del trabajo no remunerado que los miembros del hogar realizan en actividades productivas para la generación de servicios destinados a la satisfacción de sus necesidades.

En 2012, este tipo de trabajo representó el 19,7% del PIB nacional. De ese total, el valor económico del trabajo no remunerado de las mujeres constituye el 15% y el de los hombres el 4,7%. Las labores de cuidado y apoyo ocuparon el primer lugar dentro del trabajo no remunerado, con un 34%. De acuerdo a la misma fuente, las labores domésticas y de cuidado de la población de 12 años y más sumaron en promedio 36,3 horas de trabajo semanales por mujer y 11,3 horas por hombre. Mientras que en la carga total de trabajo de las mujeres las labores domésticas y de cuidado representaron el 65%, en los hombres solo supusieron el 21%⁷.

En la Ciudad de México esta realidad se expresa en la mayor dedicación de tiempo a las tareas de cuidado que realizan las mujeres. La Encuesta de Uso del Tiempo de 2011 mostró que el 21,4% de su población realiza tareas de cuidado de otro miembro del hogar. De este porcentaje, el 67% correspondía a mujeres y el resto a hombres.

⁷ Véase [en línea] <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/>>.

Las mujeres de la Ciudad de México destinan una elevada cantidad de tiempo al cuidado exclusivo de otro miembro del hogar durante los días laborales, y solo el 6,3% de ellas no se dedica a esta tarea. A medida que aumenta la inversión de tiempo al cuidado exclusivo de otra persona, las mujeres adquieren una representación más importante. En el caso de los hombres, en cambio, la mayoría dedica de una a tres horas de cuidado exclusivo en los días laborales (véase el cuadro 2).

En los días de descanso, por su parte, ocurre algo similar: el 45% de los hombres dedica menos de tres horas al cuidado exclusivo, mientras que más del 15% de las mujeres le destina más de ocho horas, lo que equivale a una jornada laboral. Más de la mitad de este porcentaje tiene la misma dedicación durante los días hábiles.

Cuadro 2
Ciudad de México: porcentaje de personas de 12 años y más según el tiempo diario que usualmente dedican al cuidado^a exclusivo^b de otros miembros del hogar en sus días hábiles, según sexo, 2011

	Hombres	Mujeres	Total
Nada	15,9	6,3	9,2
Menos de una hora	17,9	17,8	17,9
De una a dos horas	28,0	17,4	20,5
De dos a tres horas	17,3	13,7	14,8
De tres a cuatro horas	3,9	9,6	7,9
De cuatro a cinco horas	5,6	7,8	7,2
De cinco a seis horas	3,3	6,5	5,6
De seis a ocho horas	1,6	11,6	8,7
Más de ocho horas	6,1	8,8	8,0
TOTAL	100	100	100

Fuente: Encuesta de Uso del Tiempo en el Distrito Federal 2011 (ENCUT 2011), Evalúa DF (Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal), México, 2011.

^a Cuidado de niños, personas mayores, enfermos y personas con discapacidad.

^b Se entiende como “exclusivo” aquel en el que no puede realizarse otra labor.

Estos datos revelan que en muchos hogares de la Ciudad de México la demanda de cuidado exclusivo es constante, y que compite con el tiempo que sobre todo las mujeres dedican a otras actividades. Este panorama no es distinto al de otros lugares del mundo en los que las personas mayores logran satisfacer sus necesidades de cuidado gracias al apoyo informal de las familias y las comunidades, pero especialmente de las mujeres de estos dos ámbitos.

Esta realidad ya fue confirmada en 2005, cuando el Gobierno de la Ciudad de México, por intermedio de las educadoras comunitarias, aplicó un cuestionario a 9.000 cuidadores de personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en unidades territoriales de alta y muy alta marginación. De los datos obtenidos se concluyó que un 83% de quienes prestaban cuidado eran mujeres (60% eran hijas y 16% parejas), un 77% de estos cuidadores tenían entre 18 y 59 años, el 22% eran también personas mayores, el 48% requería información y capacitación para desarrollar su labor de cuidado, y más de la mitad no podría haber participado en algún grupo de apoyo emocional o para obtener capacitación, principalmente por falta de tiempo, por lo que necesitaban material de apoyo como manuales y folletos para realizar su labor (Servicio de Salud Pública del Distrito Federal, 2005) (véase el recuadro 3).

Más recientemente, el “Diagnóstico desde la perspectiva de género sobre cuidadoras principales y secundarias de personas adultas mayores de la Delegación Tlalpan en el Distrito Federal”, realizado en 2014 por la Organización Ciudadanía en Movimiento en Camino a la Igualdad de Género, reveló datos

interesantes sobre el desempeño de este rol (Hernández y Hurtado, 2014). Respecto a la edad de las cuidadoras, por ejemplo, se encontró que casi la mitad (44%) tiene entre 51 y 60 años, y un 36% son también mujeres mayores de entre 61 y 80 años. La mayoría de las cuidadoras concluyó la educación primaria (32%) y un porcentaje menor tiene una licenciatura (16%).

El 60% de las cuidadoras están casadas, y el 40% de ellas dependen económicamente de sus parejas por completo. Solo el 16% llega a obtener un ingreso económico no relacionado a la labor de cuidado, a partir de un trabajo que desempeñan de forma independiente. No contar con un ingreso propio les ancla a un mayor compromiso con los cuidados y las labores domésticas, como si fuese su obligación por no contribuir económicamente al hogar. Sin embargo, el dinero que reciben por parte de sus parejas o de las personas activas en el campo laboral no es un sueldo para ellas, sino que se destina a los gastos de la casa y las necesidades de las personas mayores, cuyo cuidado incrementa hasta un 30% estos gastos.

El tiempo que llevan cuidando a la persona mayor es variable, y puede ir desde menos de un año (28%) hasta 10 años (24%). En relación al tiempo destinado por día a esta tarea, casi la mitad proporciona cuidados permanentes o de 24/7 (44%), 24% solo durante el día, otro 24% dedica menos de seis horas al día, 4% solo cuida de noche y otro 4% comentó que asiste medio día terciado.

El 80% de las cuidadoras primarias informales presentan alguna enfermedad. Además, el 40% reportó sentir cansancio y tristeza, un 24% sentir estrés permanente, un 20% enojo y un 16% angustia. De acuerdo a la escala de Zarit y Zarit que se aplicó en este estudio, más de la mitad de las cuidadoras presentaba una sobrecarga intensa (52%), y considerando la escala de APGAR, un 40% reportó disfunción familiar grave.

Recuadro 3

Oferta de capacitación para cuidadores

El incremento de la esperanza de vida y la necesidad de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, sumados a otros cambios socioeconómicos que dificultan la atención adecuada de los mayores en el hogar, ha generado la necesidad de crear programas de especialización de cuidadores formales, de especializar al personal que auxilia en este trabajo (gerontólogos, geriatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, entre otros) y de crear recursos adaptados a las necesidades específicas de las personas mayores con funcionalidad comprometida (manuales, folletos, entre otros).

En la última década se han puesto en marcha programas de formación de cuidadores para la atención de las personas mayores, y de manera complementaria instituciones federales y locales han editado manuales para apoyar su trabajo:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrolla el programa “Formación de Promotores y Cuidadores de Adultos Mayores para Afrontar Enfermedades Crónicas Degenerativas”. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por su parte, brinda el “Curso Básico de Cuidadores de Personas Envejecidas”, con el objetivo de acercar conocimientos, desarrollar habilidades y adquirir destrezas para asistir en forma íntegra y cotidiana a la persona mayor. Además, desde la institución se elaboraron el “Manual del Cuidador de Personas Mayores” y una “Guía Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor”.
- La Secretaría de Salud y la de Desarrollo Social Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), tienen como misión universalizar los cuidados paliativos de las personas mayores a través del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en los tres niveles de atención y en la formación de recursos humanos en el Modelo de Cuidados Paliativos, a partir de una línea de trabajo denominada “Cartera de servicios por línea de vida”. El Instituto Nacional de Geriátrica también brinda un curso para cuidadores.
- La Dirección General de Educación Tecnológica Industrial de la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS), de la Secretaría de Educación Pública (SEP), brinda un servicio educativo del nivel medio superior tecnológico mediante la carrera de Técnico gericultista, que proporciona herramientas y conocimientos, desarrolla habilidades y destrezas en este campo. El Instituto Politécnico Nacional (IPN), a través de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, junto a la Asociación Mexicana de Cuidados Gerontológicos, imparten un diplomado sabatino denominado “Asistencia Geronto-Geriátrica”, además del “Curso-taller básico en cuidados gerontológicos” dirigido al público en general, para aprender cómo cuidar a padres y abuelos.
- La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de la Facultad de Psicología, lleva a cabo el taller “Estrategias de afrontamiento para una vida plena de los adultos mayores”, que está dirigido a cuidadores de personas mayores y tiene como objetivo promover el envejecimiento exitoso y las estrategias para lograr una vida plena.

Recuadro 3 (conclusión)

• La Secretaría de Desarrollo Social, a través de la Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM), elaboró en 2012 el “Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente”. También dicta el Diplomado de Atención Interdisciplinaria al Adulto Mayor Vulnerable, cuyo propósito es que las Profesionales de Servicios a Adultos Mayores (PSAM) sean capaces de definir y evaluar la problemática social, funcional y nutricional de las personas mayores y que desarrollen la capacidad de proponer medidas de atención social, nutricional y rehabilitadora. Tiene una duración de 140 horas (100 horas de teoría y 40 de práctica), dentro de las cuales se abordan cuatro áreas: fragilidad y funcionalidad, envejecimiento biológico, psicológico y social; psicopatología, enfermedades y síndromes geriátricos, problemática social, familiar y funcional, y evaluaciones geriátricas, tratamiento interdisciplinario y prácticas.

Fuente: Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, 2015.

E. Atención residencial de las personas mayores en la Ciudad de México

La OCDE define los cuidados de largo plazo como “una amplia gama de servicios para las personas que dependen de la ayuda en las actividades de la vida diaria, debido a incapacidades físicas o mentales de carácter crónico” (OECD, 2005).

Este tipo de cuidado adopta dos formas generales: la atención domiciliaria y la residencial. Esta última se refiere al alojamiento y el cuidado de una persona en una institución especializada. A menudo las personas mayores que residen en estas instituciones se encuentran bajo la autoridad del cuidador, cuya función es ayudarlas en sus actividades diarias, incluidas la administración de medicamentos y la prestación de servicios de salud.

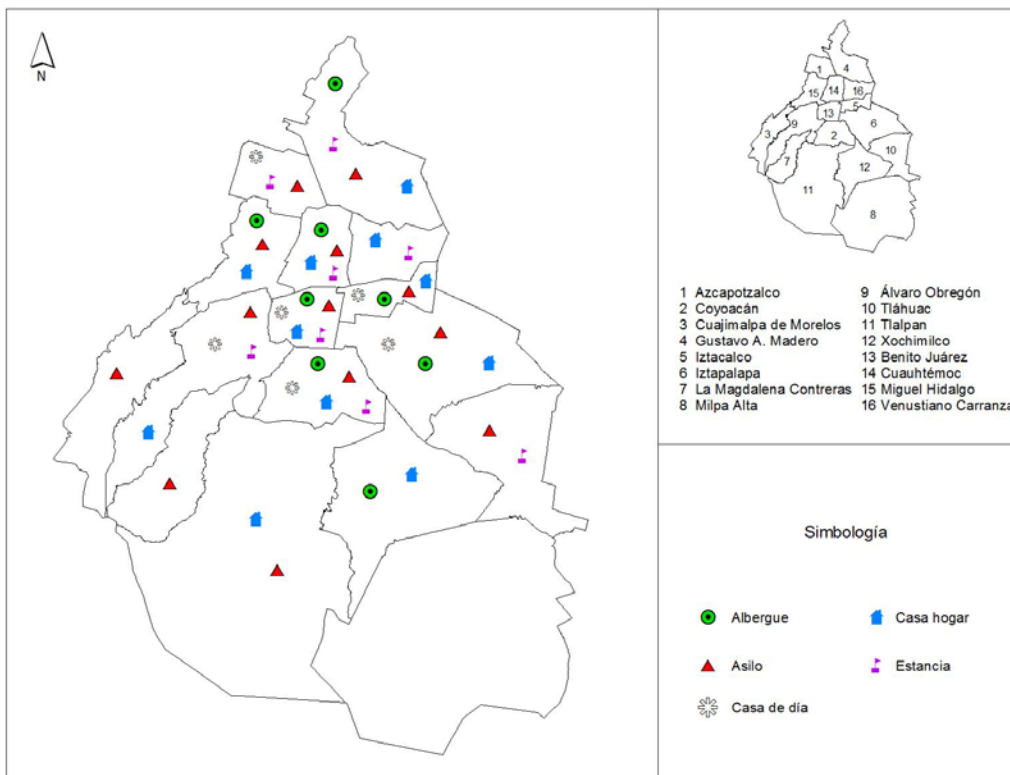
En los países en desarrollo, la falta de mecanismos institucionales adecuados y de medidas para proteger los derechos de las personas mayores en el ámbito de la atención residencial dan pie para que los servicios que reciben no siempre sean de la calidad que se debe. Por lo tanto, estos servicios exigen un examen especial dentro de la oferta de cuidado para las personas mayores con dependencia (Naciones Unidas, 2011).

Un catastro realizado en 2014 por la Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM), de la Secretaría de Desarrollo Social, permitió identificar 187 instituciones que brindan atención externa a las personas mayores en 15 de las delegaciones de la Ciudad de México: 72 asilos, 60 casas hogar, 30 estancias, 17 albergues y 8 casas de día (véase el mapa 1). En su conjunto, estas instituciones tienen una capacidad de 8.369 personas, el 34% de las cuales corresponde a derechohabientes de la Pensión Alimentaria.

Debido a su naturaleza, no todas estas instituciones prestan atención residencial a las personas mayores. En esta categoría solo clasificarían los asilos y las casas hogar⁸. La delegación que cuenta con mayor número de instituciones de este tipo es Coyoacán (20 asilos y 15 casas hogar), seguida muy de lejos por Benito Juárez (véase el cuadro 3). En todas las delegaciones los asilos son mayoritariamente privados (90,7%), y lo mismo ocurre con las casas hogar (93,3%).

⁸ Para una definición de asilo y casa hogar en la Ciudad de México, véase Quintanar (2000).

Mapa 1
Ciudad de México (15 delegaciones): instituciones de cuidado de personas mayores, 2014



Fuente: Elaborado sobre la base de Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México.

Nota: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

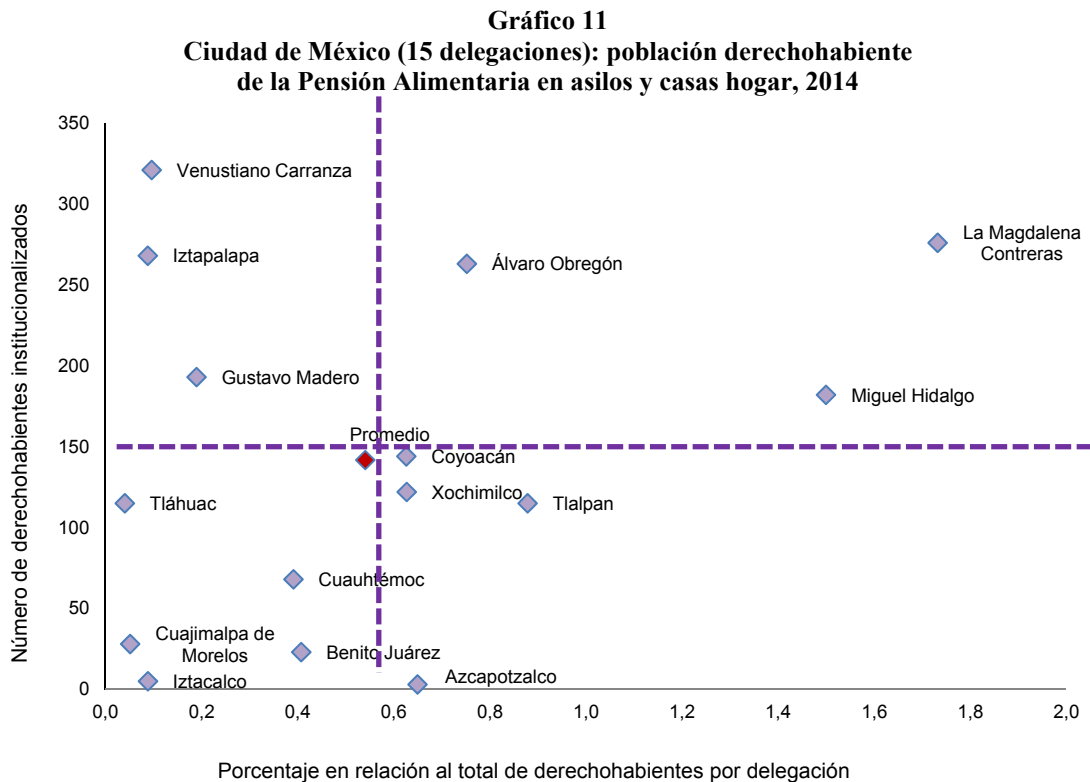
Cuadro 3
Ciudad de México (15 delegaciones): número de asilos y casas hogar, 2014

Delegación	Asilo	Casa hogar	Total
Coyoacán	20	15	35
Tlalpan	6	8	14
Álvaro Obregón	3	10	13
Miguel Hidalgo	4	8	12
Benito Juárez	8	2	10
Izatpalapa	7	3	10
Gustavo Madero	6	3	9
Cuauhtémoc	3	4	7
La Magdalena Contreras	6	0	6
Iztacalco	4	1	5
Azcapotzalco	3	0	3
Venustiano Carranza	0	3	3
Xochimilco	0	3	3
Cuajimalpa de Morelos	1	0	1
Tláhuac	1	0	1
Total	72	60	132

Fuente: Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México.

Los usuarios derechohabientes de los asilos y casas hogar suman 1.373 y 2.126, respectivamente. Se trataría de una población institucionalizada reducida cuando se estima su peso relativo dentro de los beneficiarios de la Pensión Alimentaria, ya que representan el 0,4% del total (véase el gráfico 11).

En promedio habría 142 derechohabientes institucionalizados por delegación, aunque cuando se las analiza de manera independiente se observa una amplia variedad de situaciones. Por ejemplo, en La Magdalena Contreras, el 1,7% de la población derechohabiente de la Pensión Alimentaria reside en un asilo o casa hogar, y en Miguel Hidalgo lo hace el 1,5%. Pero hay otras delegaciones, como Tláhuac, Iztacalco, Venustiano Carranza o Cuajimalpa de Morelos, en las que un porcentaje igual o inferior al 0,1% de las personas derechohabientes vive bajo esta modalidad de residencia (véase el gráfico 11).



Fuente: Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM).

III. La necesidad de cuidado de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria

En el primer trimestre de 2015, la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, con el apoyo técnico del CELADE-División de Población de la CEPAL, realizó un estudio descriptivo transversal sobre la población de 68 años y más derechohabiente de la Pensión Alimentaria. La encuesta implicó la aplicación de un cuestionario a 23.699 personas, cuyas respuestas permiten aproximarse a las necesidades de cuidado y provisión de ayuda de esta población (véase en el anexo 1 el cuestionario administrado). Esta encuesta se realizó sobre la base de un riguroso protocolo de trabajo en terreno, llevado a cabo por la Dirección General del IAAM (véase el anexo 2).

El 68,8% de las personas mayores encuestadas son mujeres (16.309) y el 31,2% hombres (7.390)⁹. La mayoría de los encuestados tiene entre 68 y 84 años (63,4%), aquellos de edades más avanzadas representan el 36,6%, en tanto que el 1% corresponde a personas centenarias. El 30% de los derechohabientes tiene una mala o muy mala autopercepción de su salud, apreciación que no presenta muchas diferencias según el sexo del encuestado.

La necesidad de cuidado se diagnosticó por medio del nivel de funcionalidad y de independencia de la persona mayor encuestada. Para medir la funcionalidad se utilizó la escala de Katz, que evalúa la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, utilizar el retrete, moverse y alimentarse. Para medir la independencia, en tanto, se utilizó la escala de Lawton, que evalúa la capacidad para realizar ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): hablar por teléfono, utilizar el transporte, tomar medicamentos, controlar las finanzas, hacer compras, cocinar, cuidar del hogar y lavar la ropa. Se definió como dependientes a aquellos encuestados que tienen dificultades para realizar al menos una de las actividades mencionadas, debido a lo cual requieren ayuda de otra persona para llevarla a cabo¹⁰.

⁹ La población encuestada se seleccionó de acuerdo a la presencia de limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, lo que derivó en una mayor representación de las mujeres que de los hombres. Por lo tanto, las cifras que se presentan en esta sección se circunscriben a esa distribución por sexo.

¹⁰ De estas actividades, la capacidad para cocinar, el cuidado del hogar y la lavandería presentan un sesgo de género, lo que implica que un porcentaje de hombres no realizaría tales actividades debido a circunstancias de origen social o cultural, y no necesariamente a limitaciones físicas o mentales. De tal forma, la puntuación máxima para las mujeres es de ocho actividades, y para los hombres, de cinco.

Además se calculó el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), que permite elaborar un pronóstico de comorbilidad que puede incidir en el riesgo de mortalidad a corto plazo de los encuestados, ya sea por la presencia individual de alguno de los ítems que considera o en combinación. Este índice es un sistema de evaluación de la esperanza de vida que depende de dos factores: la edad del sujeto y las enfermedades que padece. El índice consta de 19 ítems, cuya presencia se ha comprobado que influye de una forma concreta en la esperanza de vida de la persona (Charlson *et al.*, 1994).

En el ámbito de la salud y el cuidado, el ICC es útil como complemento de escalas de valoración funcional, por su estrecha relación con la dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Una valoración continua de la aparición de procesos adversos en una persona puede permitir predecir necesidades por cubrir en uno o varios patrones funcionales, antes incluso de que aparezcan (Mansilla *et al.*, 2009).

En este trabajo se evaluó la probabilidad de supervivencia de los encuestados a un año. Las categorías utilizadas fueron: sin riesgo (ICC= rr 1.00), riesgo bajo (ICC= rr 1.45 a rr 2.10), medio (ICC= rr3.04 a rr 4.40) y alto (I C \geq rr 6.38) (Charlson *et al.*, 1994).

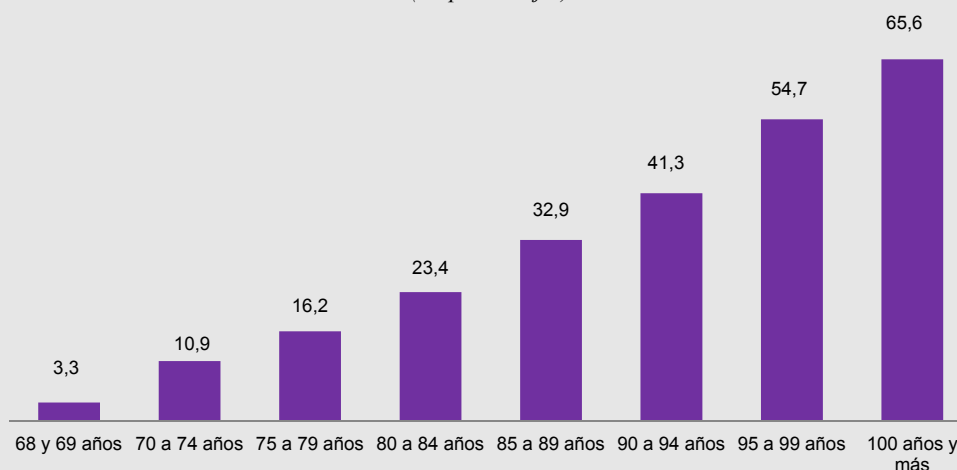
Recuadro 4

Características de los encuestados que necesitaron ayuda de un tercero para responder la encuesta

El cuestionario de la “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal” aplicado por las educadoras comunitarias podía ser respondido directamente por la persona mayor derechohabiente o por un tercero, en el caso que ella no pudiese. Esta última situación ocurrió con el 25,3% de los cuestionarios aplicados. Es interesante conocer las características de aquellas personas que no pudieron completar la encuesta directamente, puesto que proveen información adicional de utilidad para la planificación y las decisiones de política en materia de cuidados. El 70% de estas personas que no respondieron por sí mismas fueron mujeres y el 30% restante hombres. Las que tuvieron más dificultades para responder, con independencia de su edad, fueron las mujeres con limitaciones para el desarrollo de las ABVD y las AIVD.

También se pudo constatar que, a medida que avanzaba la edad del encuestado, había mayor necesidad de que el cuestionario fuera respondido por un tercero. Por ejemplo, solo el 3,3% de los instrumentos aplicados entre los menores de 70 años fue respondido de esta manera; entre aquellos de 90 a 94 años, en el 41,3% de los casos la encuesta fue respondida por un tercero; entre los de 95 a 99 años, el 54,7%, y entre aquellos de más de 100 años, el 65,6% necesitó la ayuda de otra persona para responder.

Ciudad de México: distribución de los derechohabientes que necesitaron ayuda de un tercero para responder la encuesta, según grupos de edad, 2015
(En porcentajes)

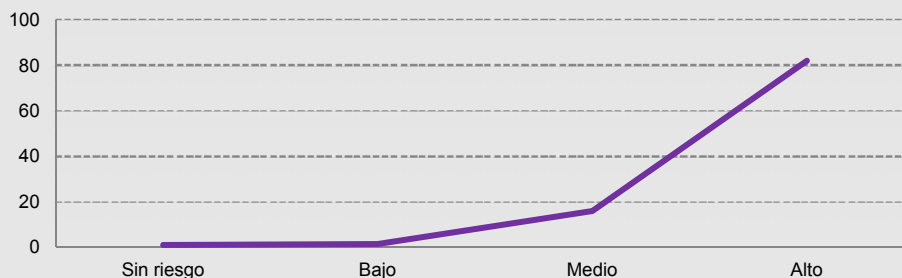


Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Recuadro 4 (conclusión)

Además, la necesidad de ayuda de otra persona para responder la encuesta se relacionó directamente con la probabilidad de muerte en un año de la persona mayor derechohabiente. El 82,1% de los encuestados que necesitó ayuda de un tercero tiene una elevada probabilidad de morir, e incluso puede tratarse de enfermos terminales.

Ciudad de México: distribución de los derechohabientes que necesitaron ayuda de un tercero para responder la encuesta según probabilidad de muerte a un año, 2015
(En porcentajes)

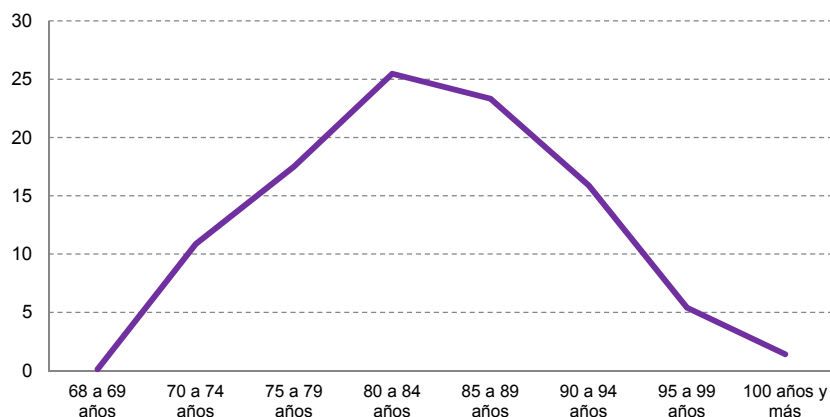


Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, "Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal", 2015.

A. Limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria

El 58,8% de los encuestados declaró tener dificultades para realizar al menos una de las cinco ABVD (13.826 casos), debido a lo cual requieren ayuda de otra persona para poder desarrollar esa actividad. El 61% de las personas con limitaciones en las ABVD son mujeres y el 39% restante son hombres. Los resultados también permiten observar que a medida que aumenta la edad de los encuestados, las personas con limitaciones también se incrementan. El rango etario de aquellas personas con limitaciones se concentra entre los 80 y los 89 años, y luego desciende rápidamente hasta alcanzar valores casi similares a los de las personas entrevistadas de menor edad (véase el gráfico 12).

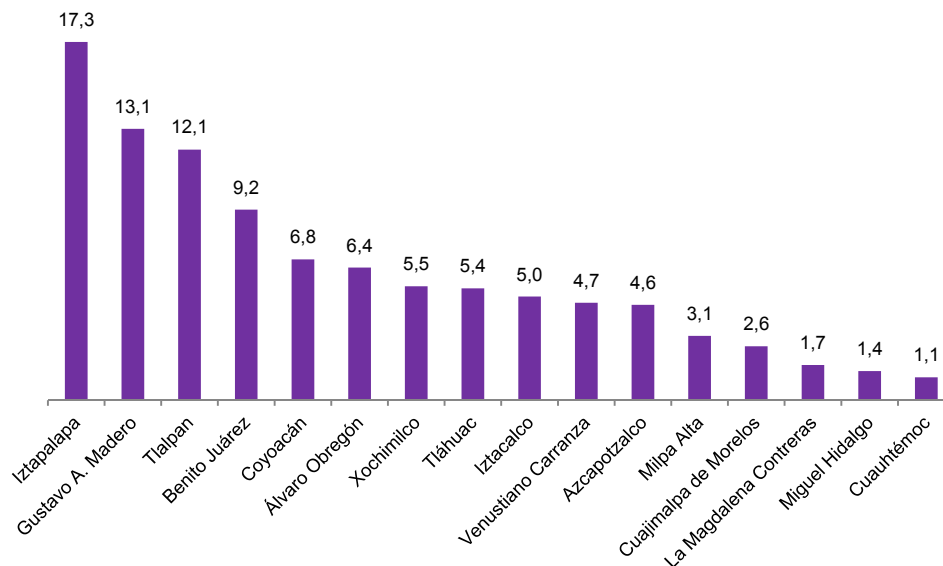
Gráfico 12
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD por edad, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, "Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal", 2015.

Del total de personas con limitaciones para la realización de las ABVD que fueron encuestadas, el 17,3% reside en Iztapalapa, el 13,1% en Gustavo Madero y el 12,1% en Tlalpan. Las demás delegaciones concentran cada una menos del 10% de los encuestados con este tipo de limitación (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD según delegación de residencia, 2015
(En porcentajes)



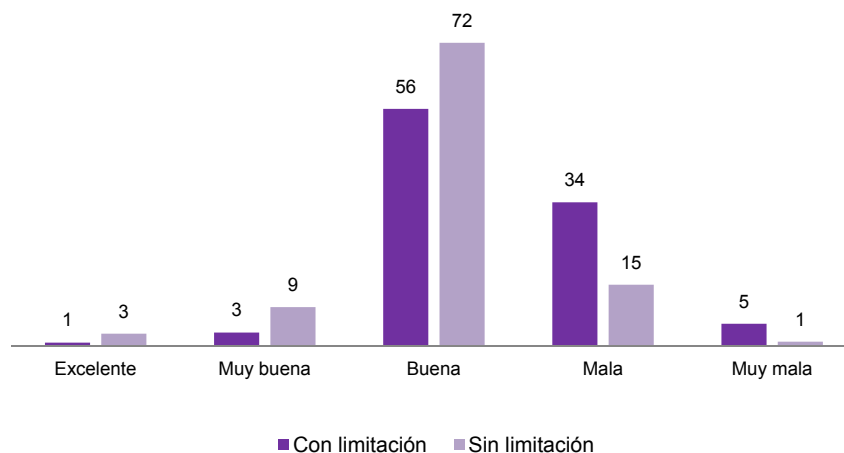
Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

El 46% de las personas que requiere ayuda para la realización de las ABVD vive en zonas de alta marginación social, el 22% en zonas de marginación media y el 32% restante en áreas calificadas como de baja marginación¹¹.

La autopercepción de la salud varía de acuerdo a la presencia o ausencia de limitaciones para el desarrollo de las ABVD. La diferencia es muy significativa: mientras que entre los encuestados sin limitaciones el 72% tiene una buena autopercepción de su salud, en el caso de aquellos que sí tienen limitaciones solo el 56% declara lo mismo (véase el gráfico 14). Los resultados también demuestran que la necesidad de ayuda en las ABVD se eleva si hay una mala o muy mala autopercepción de la salud: el 82,5% de quienes perciben de ese modo su salud necesita ayuda para realizar estas actividades.

¹¹ Para efectos del estudio se construyó una escala de marginación tricotómica (alta, media y baja) sobre la base de datos provenientes del CONAPO.

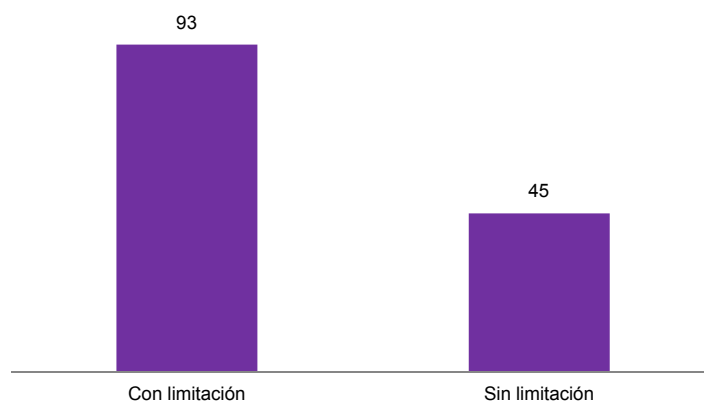
Gráfico 14
Ciudad de México: autopercepción de la salud según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

La necesidad de ayuda de los derechohabientes no siempre depende de la existencia de limitaciones objetivas para el desarrollo de las ABVD. El 45% de los encuestados sin limitaciones declara que requiere ayuda para el desempeño de este tipo de actividades (4.474 personas), porcentaje que aumenta al 93% en aquellos que efectivamente tienen estas limitaciones (véase el gráfico 15).

Gráfico 15
Ciudad de México: derechohabientes que declaran necesitar ayuda según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015
(En porcentajes)

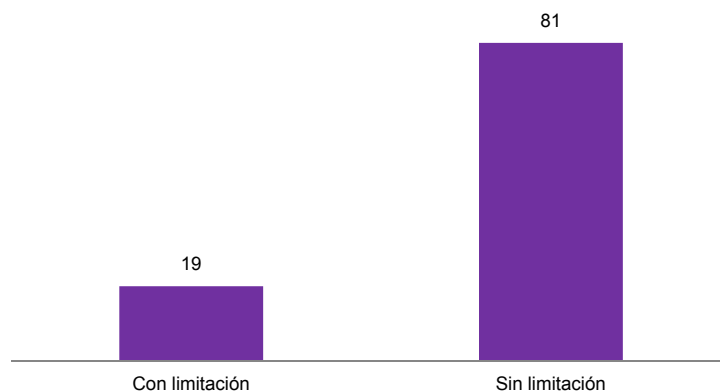


Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

El 19% de los encuestados con limitaciones para la realización de las ABVD no recibe ayuda, por lo que habría alrededor de 1.262 personas que cotidianamente están limitadas para el desempeño de las actividades más básicas para la sobrevivencia (véase el gráfico 16). Al contrario, en el caso de aquellas que no tienen limitaciones, el 26% recibe apoyo a pesar de no necesitarlo de manera objetiva.

La edad de quienes prestan ayuda a estos últimos encuestados es heterogénea, a diferencia de lo que sucede con las personas que sí presentan limitaciones en las ABVD, cuyos cuidadores se concentran entre los 20 y los 59 años de edad (64,5%), aunque una parte importante tiene 60 años y más (35,2%), hallándose 1.203 cuidadores de 75 años y más. De ellos, el 13% tiene más de 85 años. Se trata de personas de muy avanzada edad brindando cuidado a personas mayores.

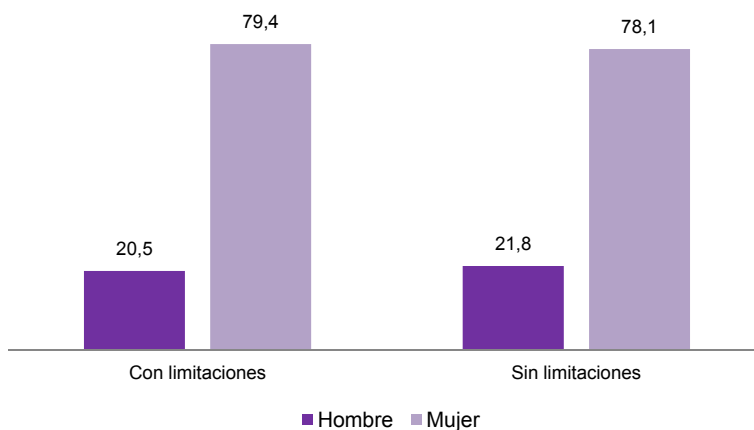
Gráfico 16
Ciudad de México: derechohabientes que no cuentan con ayuda,
según presencia de limitaciones en las ABVD, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

El 78,8% de los cuidadores de la población encuestada son mujeres y el 21,2% hombres. Esta división sexual de las tareas de cuidado no cambia si la persona a quien le prestan apoyo tiene limitaciones para el desarrollo de las ABVD o no las tiene (véase el gráfico 17).

Gráfico 17
Ciudad de México: sexo del cuidador según presencia de limitaciones
en las ABVD en la persona cuidada, 2015
(En porcentajes)



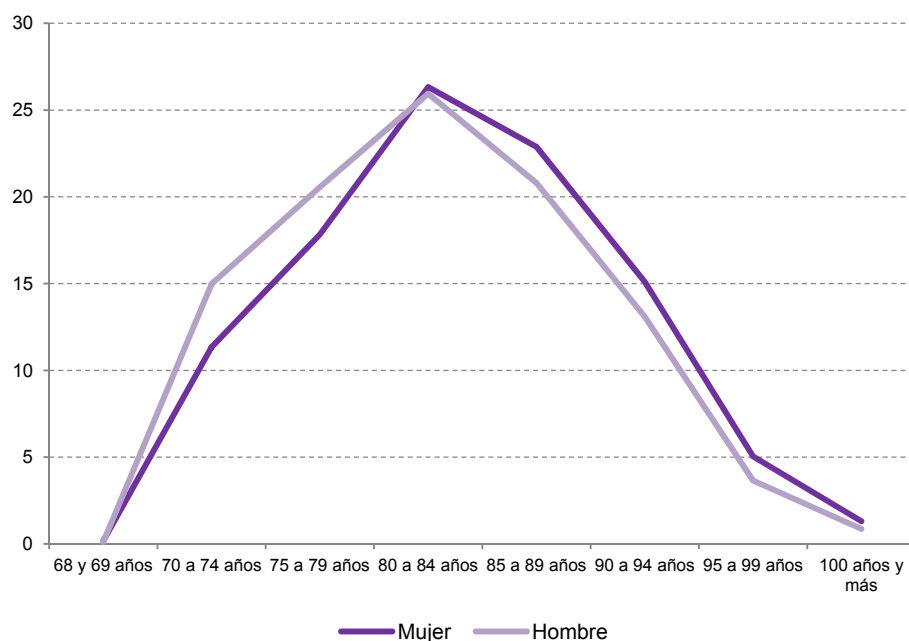
Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

B. Limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria

En comparación con las actividades básicas de la vida diaria, los encuestados que requieren ayuda para realizar las actividades instrumentales (AIVD) se incrementa: el 79,4% de los encuestados necesita algún apoyo en este ámbito (18.825 derechohabientes). Además, la dependencia por esta causa es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (83% frente al 71,5%)

El 48,5% de los encuestados con limitaciones para realizar las AIVD tiene entre 80 y 84 años; luego de esa edad se declaran menos limitaciones para el desarrollo de este tipo de actividades. Por ejemplo, del total de personas mayores con limitaciones para realizar las AIVD, solo el 5,8% tiene 95 años y más. Llama la atención que en los hombres estas limitaciones se incrementan alrededor de los 75 años, mientras que en el caso de las mujeres lo hacen cinco años más tarde (véase el gráfico 18).

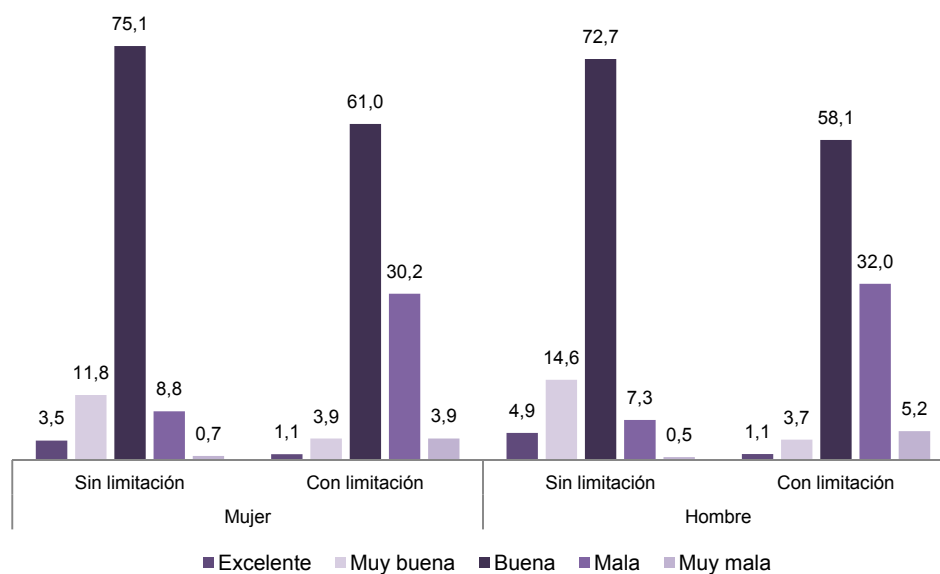
Gráfico 18
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las AIVD por edad y sexo, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

A pesar de sus dificultades, la mayoría de los encuestados con limitaciones en las AIVD tiene una buena autopercepción de su salud (61% en las mujeres y 58,1% en los hombres). De todos modos, en un porcentaje importante esta percepción es mala o muy mala (37,2% en los hombres y 34,1% en las mujeres). En las personas sin limitaciones esta situación, lógicamente, es la inversa, y menos del 10% tiene una mala o muy mala autopercepción de su salud, tanto en los hombres como en las mujeres (véase el gráfico 19).

Gráfico 19
Ciudad de México: autopercepción de la salud según presencia de limitaciones en las AIVD por sexo, 2015
(En porcentajes)

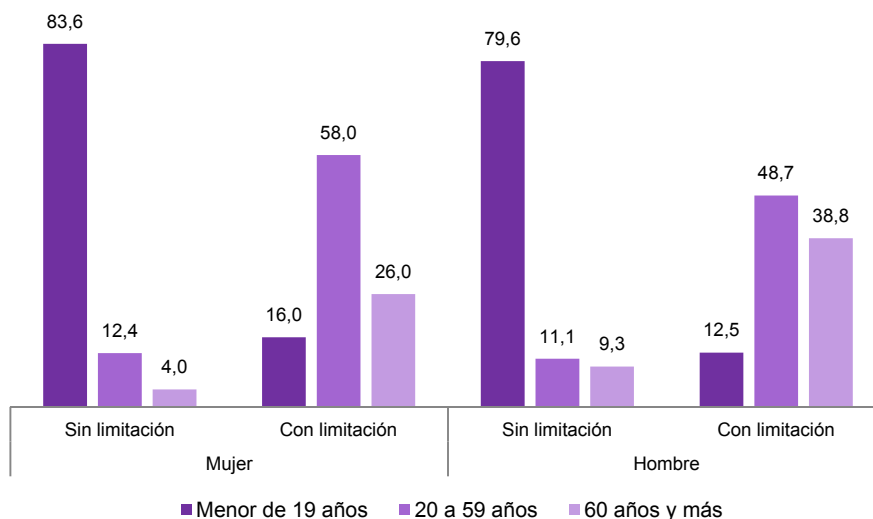


Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Se identificaron 889 personas sin limitaciones para realizar las AIVD que reciben ayuda para su desempeño. De ellas, la mitad declaró no necesitarla, 53% de las cuales son mujeres. El que reciban ayuda puede deberse a que padecen alguna enfermedad o a su avanzada edad. Quienes prestan ayuda a las personas mayores sin dificultades para el desarrollo de este tipo de actividades son mayoritariamente jóvenes, puede tratarse de nietos o bisnietos.

Las edades de quienes prestan ayuda a las personas que sí presentan dificultades en la realización de las AIVD se concentran entre los 20 y los 59 años (55,3%), pero una parte importante de ellos tiene 60 años y más. Existen diferencias en este aspecto según se trate de hombres o mujeres. En el caso de los primeros, los cuidadores de 60 años y más constituyen el 38,8%, y en el de las mujeres, el 26% (véase el gráfico 20). De los cuidadores de edad avanzada, el 26,9% tiene 75 años y más: 23,2% de las mujeres y 33,2% de los hombres.

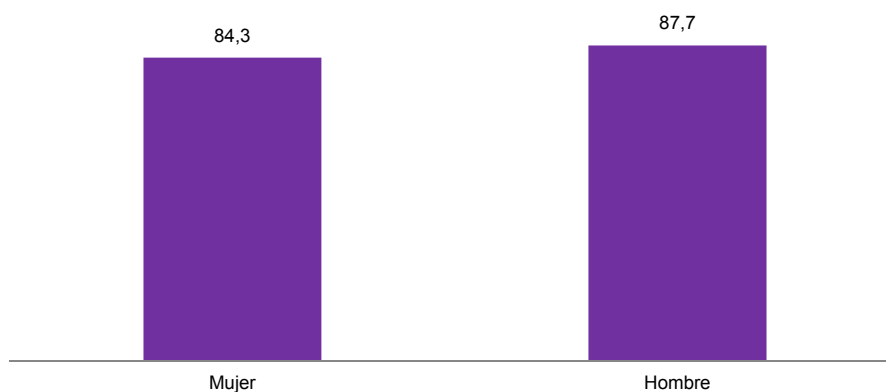
Gráfico 20
Ciudad de México: edad y sexo de quienes prestan ayuda según presencia de limitaciones en las AIVD en la persona cuidada, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Del total de encuestados con limitaciones en las AIVD, el 88,3% manifiesta necesitar ayuda. Si se realiza un análisis desagregado por sexo se observa que el 87,8% de las mujeres declara necesitar ayuda pero el 3,5% no la recibe, lo que equivale a 472 mujeres mayores que demandando apoyo no acceden a él. En el caso de las hombres con este tipo de limitaciones, el 88,8% necesita ayuda y solo el 1,1% no la recibe (57 hombres), lo que en términos relativos representa menos de la mitad de las mujeres (véase el gráfico 21). El 58,3% de las mujeres y el 56,5% de los hombres con limitaciones en las AIVD que necesitan ayuda y no la reciben tienen más de 80 años de edad.

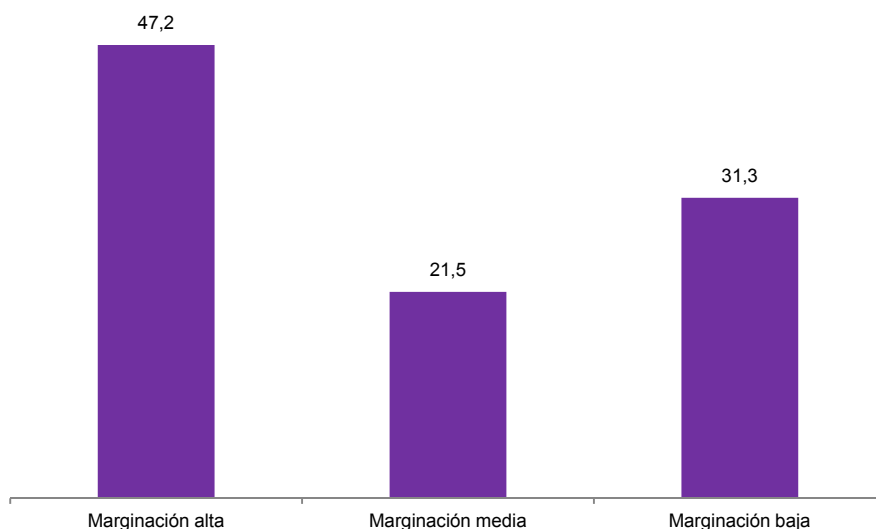
Gráfico 21
Ciudad de México: derechohabientes con limitaciones en las AIVD que cuentan con ayuda, según sexo, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Se aprecia una relación importante entre el nivel de marginación de la zona en la que reside la persona mayor y el nivel de dependencia para el desarrollo de las AIVD. El 47,2% del total de derechohabientes con limitaciones para realizar este tipo de actividades vive en zonas de alta marginación, mientras que el 31,3% reside en zonas calificadas como de baja marginación (véase el gráfico 22).

Gráfico 22
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las AIVD
según nivel de marginación de la zona de residencia, 2015
(En porcentajes)



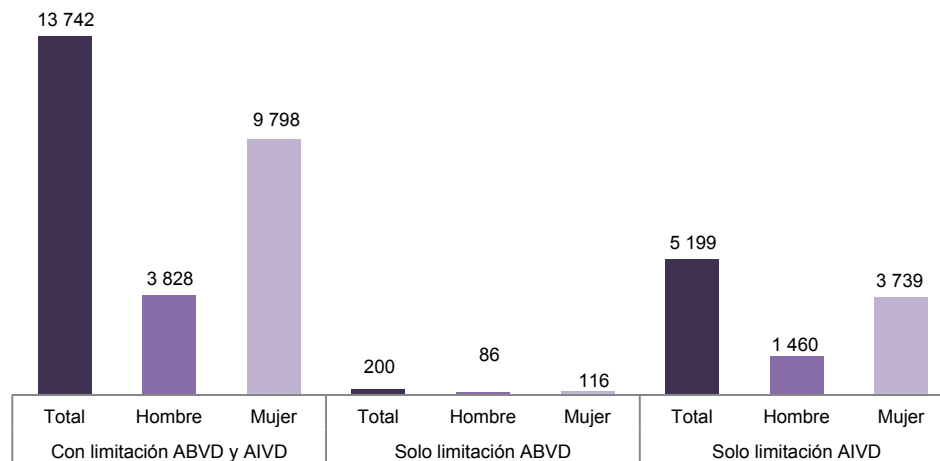
Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

C. La dependencia por limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Del total de los encuestados, el 73% tiene tanto limitaciones para el desarrollo de las ABVD como de las AIVD (13.742 personas). De ellos, 9.798 son mujeres y 3.828 hombres. Le siguen en orden de importancia numérica aquellos que tienen dificultades únicamente para realizar las AIVD, situación en la que se encuentran 5.199 encuestados, de los cuales 3.739 son mujeres y 1.460 hombres. Finalmente, una menor cantidad de derechohabientes tiene dificultades única y exclusivamente para realizar las ABVD (200 personas, 116 mujeres y 86 hombres) (véase el gráfico 23)¹².

¹² Es importante realizar una aclaración en función de la interpretación de estos datos. En los dos apartados anteriores de este capítulo (A y B) se consideraron, en el primero, todas las personas que experimentan limitaciones para realizar las ABVD, con independencia de si tienen además limitaciones para efectuar las AIVD, y en el segundo la situación exactamente inversa. En cambio, la distribución a la que se alude en este párrafo considera por separado a aquellos encuestados que tienen limitaciones solamente para desarrollar las ABVD, a los que únicamente experimentan dificultades frente a las AIVD, y finalmente a las personas que tienen ambos tipos de limitaciones.

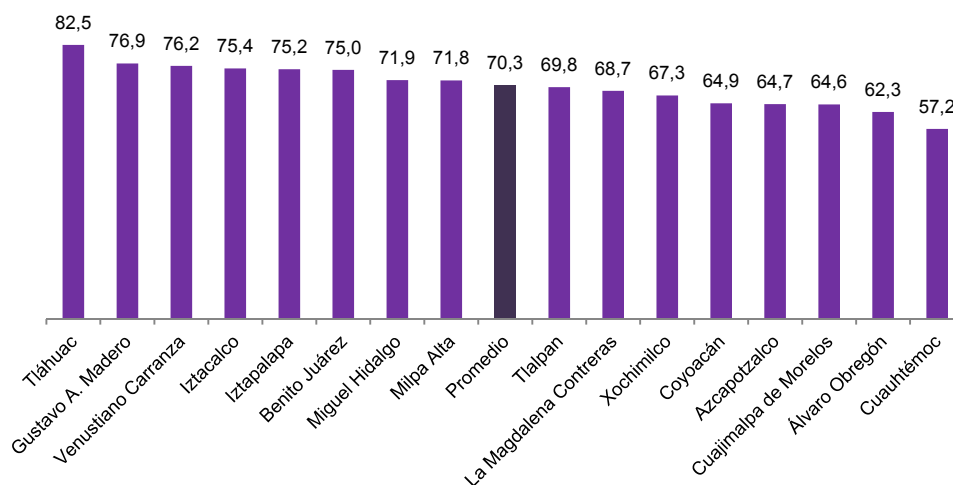
Gráfico 23
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según sexo, 2015
(En cantidad de personas)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

La incidencia de las limitaciones en las ABVD y las AIVD entre los encuestados es elevada en todas las delegaciones de la Ciudad de México (superior al 55%). En Tláhuac el 82,5% del total de los encuestados tiene ambos tipos de dificultades. Le siguen Gustavo Madero, Venustiano Carranza, Iztacalco, Iztapalapa y Benito Juárez, en las que más del 75% de los entrevistados ha perdido autonomía para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (véase el gráfico 24).

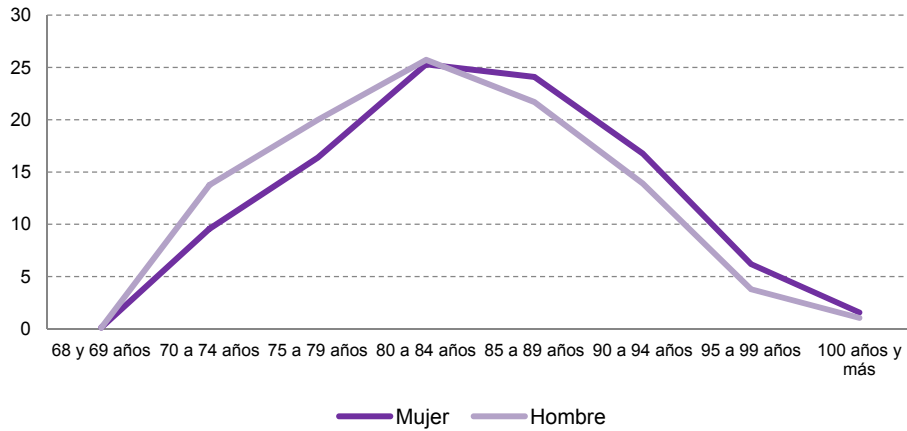
Gráfico 24
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según delegación de residencia permanente, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Entre los 80 y los 89 años de edad se produce un período con elevado riesgo de pérdida de autonomía entre las personas encuestadas, de hecho, el 48,8% de las que manifestaron tener dificultades para el desarrollo de las ABVD y las AIVD se ubica en este rango etario. Sin embargo, en el caso de los hombres la posibilidad de perder autonomía aumenta a partir de los 70 años, y en las mujeres lo hace desde los 80 años (véase el gráfico 25).

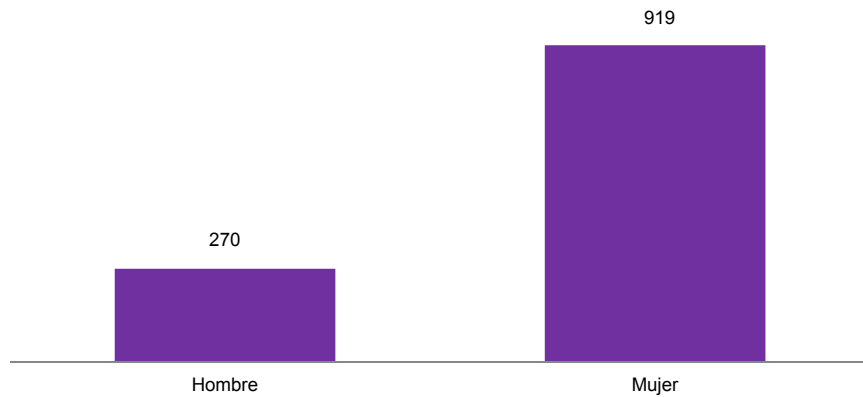
Gráfico 25
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD por edad y sexo, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

El 93,8% de los encuestados con dificultades para el desarrollo de las ABVD y las AIVD declara necesitar ayuda (12.775 personas), sin embargo, un 2,5% no cuenta con ella (1.189 casos). Entre las mujeres parece ser más frecuente no contar con ayuda a pesar de necesitarla (3%, frente al 1% en los hombres) (véase el gráfico 26).

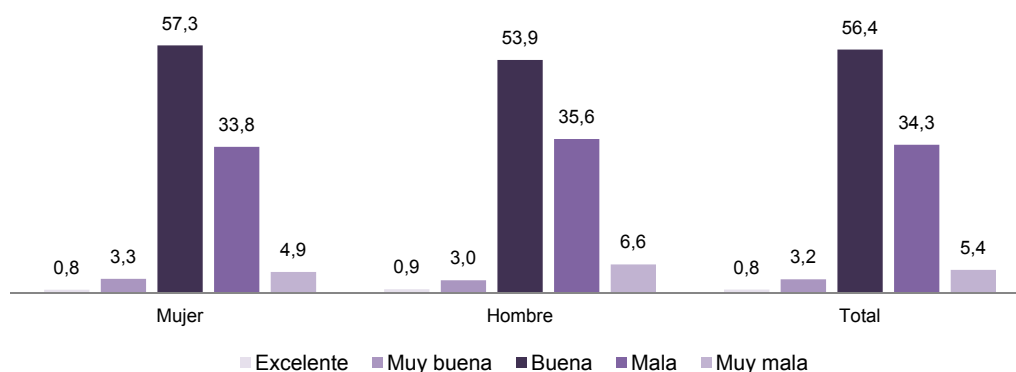
Gráfico 26
Ciudad de México: derechohabientes con limitaciones en la ABVD y las AIVD que no cuentan con ayuda según sexo, 2015
(En cantidad de personas)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

La presencia de limitaciones en la realización de las ABVD y las AIVD afectarían de manera negativa la autopercepción de la salud: un significativo 39,7% de los encuestados en esta situación tiene una autopercepción de la salud mala y muy mala, aunque de todas maneras un 56,4% la percibe como buena. En este aspecto, la situación es semejante entre hombres y mujeres (42,2% y 38,7%, respectivamente) (véase el gráfico 27).

Gráfico 27
Ciudad de México: autopercepción de la salud en los derechohabientes
con limitaciones en las ABVD y las AIVD según sexo, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

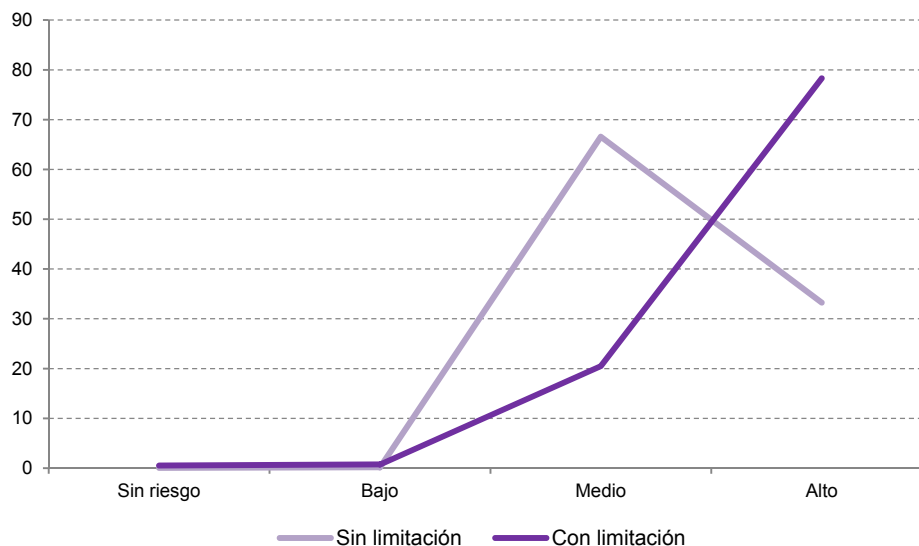
D. El riesgo de mortalidad por comorbilidad

Las necesidades de salud y cuidado de la población adulta mayor en México constituyen un reto complejo. Por una parte, las enfermedades en la vejez se caracterizan por ser pluripatológicas, de tipo crónico y presentación atípica. Por otra parte, se considera además que muchas de ellas conllevan la pérdida de funcionalidad en los últimos años de la vida. De ahí la importancia de valorar la presencia de enfermedades concomitantes y su impacto en la calidad de vida de las personas mayores (Tuz, 2009).

El riesgo de mortalidad por comorbilidad a corto plazo (un año) tiene un comportamiento heterogéneo entre los encuestados. Aquellos que no presentan limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria tienen un riesgo de morir más bajo que los que sí las tienen. En este último caso, un 78,2% tiene un riesgo alto, y en aquellos sin limitaciones, el 33,2% se encuentra en la misma condición (véase el gráfico 28).

A medida que avanza la edad, el riesgo de morir también aumenta, con la excepción de las personas centenarias (véase el gráfico 29). Los grupos de edad con mayor riesgo de muerte por comorbilidad en el corto plazo son aquellos que se ubican entre los 80 y los 99 años. Entre los 90 y los 99 años todos los encuestados con limitaciones en la realización de las ABVD y las AIVD tienen una probabilidad de muerte elevada. Entre los 80 y los 89 años la proporción en la misma situación baja al 74%, pero de todos modos sigue siendo alta.

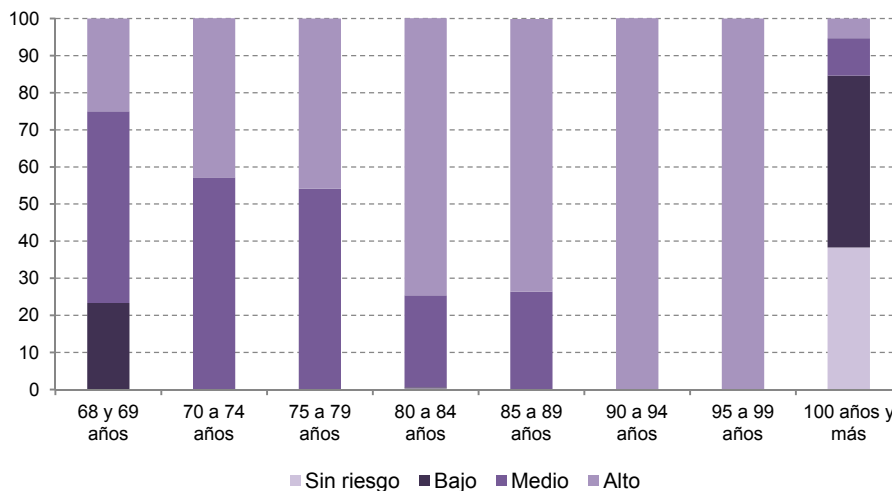
Gráfico 28
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD según probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

En el caso de los encuestados centenarios, su riesgo de muerte es inverso al de los restantes grupos de edad. El 38,3% no presenta ningún riesgo y el 46,3% experimenta un riesgo bajo. Aquellos con probabilidad de morir por comorbilidad en un año representan apenas el 5,3% del total de los encuestados de este grupo etario extremo.

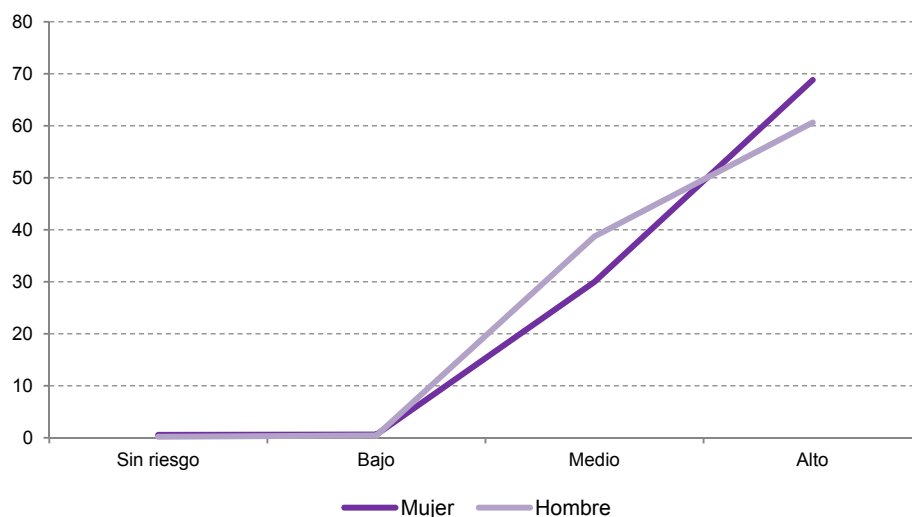
Gráfico 29
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD por grupos de edad según probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

También se observa un comportamiento un poco diferente entre hombres y mujeres: de acuerdo a los datos obtenidos, el 69% de las encuestadas tiene un riesgo de morir elevado, pero en los hombres la cifra baja en ocho puntos porcentuales (véase el gráfico 30).

Gráfico 30
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con probabilidad de morir en un año por comorbilidad según sexo, 2015
(En porcentajes)

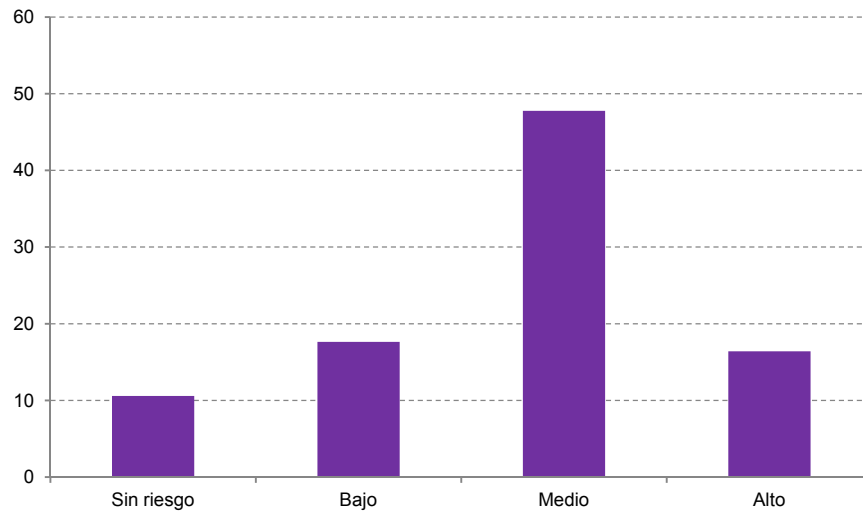


Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

La necesidad de ayuda es elevada entre estos encuestados con independencia de su riesgo de morir en el corto plazo por el tipo de morbilidad que presentan. Sin embargo, hay 327 encuestados que a pesar de necesitar ayuda y tener un elevado riesgo de muerte no cuentan con ella (véase el gráfico 31).

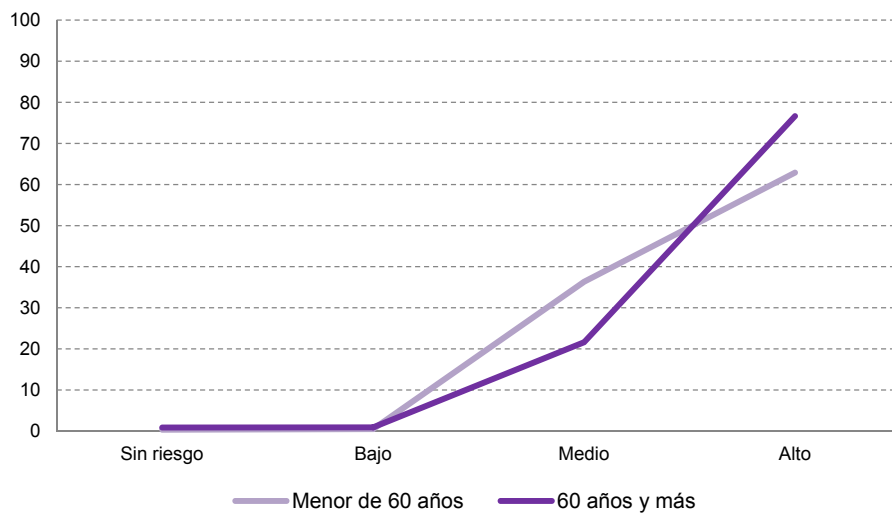
Las personas mayores tienen un amplio protagonismo en el cuidado que reciben los encuestados, con independencia de su riesgo de muerte, pero su participación es más elevada en aquellos con una mayor probabilidad de morir en un año. El 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (véase el gráfico 32).

Gráfico 31
Ciudad de México: distribución de los derechohabientes con limitaciones en las ABVD y las AIVD que no cuentan con ayuda por probabilidad de morir en un año por comorbilidad, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

Gráfico 32
Ciudad de México: edad del cuidador según probabilidad de muerte en un año por comorbilidad de la persona cuidada, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México, “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, 2015.

IV. Conclusiones y recomendaciones

El cuidado es un derecho humano, así lo reconoce la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada el 15 de junio de 2015 durante el 45° período de sesiones de la OEA. La obligación del Estado en este sentido es brindar un acceso oportuno y de calidad a todas aquellas personas mayores que necesitan de la ayuda de otro para mantener su autonomía y dignidad.

El cuidado en general no ha sido un tema relevante en la agenda regional de las políticas públicas, con la excepción de la Argentina, Costa Rica, Cuba, el Uruguay y algunos países del Caribe. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico de programas sociales existentes relacionados con la protección de la infancia, la vejez y la dependencia revelan una creciente concentración de los riesgos asociados al cuidado en la familia. De este modo, se amplía la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que prestan asistencia, las que hoy en día se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

De ello se deriva precisamente uno de los grandes retos del siglo XXI: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas, en un marco de solidaridad e igualdad. Para ello, se requiere replantear la protección social de modo que, por una parte, responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, por la otra, pueda anticipar respuestas ante las demandas de una población en constante cambio.

En este marco, hay que transitar hacia la construcción de la dependencia y el cuidado como un asunto de responsabilidad colectiva, que debe ser sostenido mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y las personas en el marco de los sistemas de protección social. Las respuestas públicas para la atención de esta problemática han de concebirse como una extensión lógica del quehacer estatal, el que impone ciertas obligaciones inmediatas con respecto a los que precisan ayuda y quienes la brindan.

Como se documenta en este informe, aunque en la actualidad los niños representan la demanda de cuidado más intensa en muchos países, en el futuro serán las personas de edad y aquellas con dependencia por razones de salud las que constituirán una parte importante de la carga de cuidado, en un escenario pleno de restricciones derivadas de las condiciones demográficas y socioeconómicas en que se desarrolla la reproducción social. Por lo tanto, en un contexto de cambio demográfico como el que ocurre en la región, hay que anticipar las acciones y prepararse para enfrentar las transformaciones que se avecinan.

Las áreas de intervención del cuidado representan un campo de trabajo amplio. Con demasiada frecuencia se las confunde con los servicios de salud o con el servicio doméstico. En este informe se han establecido las diferencias y los riesgos de no abordar el cuidado con la seriedad que merece. Algunos organismos internacionales, entre ellos la CEPAL y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), han manifestado su preocupación acerca de que el cuidado de las personas dependientes en la región continúe en manos de las familias, y en especial de las mujeres. Mantener esta situación favorece la desigualdad en todos los ámbitos.

La posibilidad de dar atención a la dependencia está condicionada por varios factores. La falta de acceso a los servicios sociales cristaliza situaciones de discriminación porque se asume tácitamente que las personas mayores necesitan cuidado solo por su edad avanzada. Sin embargo, algunos estudios internacionales demuestran que el incremento de la discapacidad, la sobrevivencia a accidentes, los hábitos de vida inadecuados, entre otras situaciones, influyen en el aumento de la dependencia. Otro factor que resulta relevante, pero que no siempre tiene la visibilidad que se requiere, es precisamente la escasez de cuidadores informales. Frente a este escenario, las personas mayores quedan en una situación de desprotección o bien demandan servicios que no siempre están disponibles o conllevan un elevado costo de bolsillo.

El envejecimiento demográfico es un proceso en marcha en la Ciudad de México. En 2015, el 13% de su población tiene 60 años y más. En 2030, uno de cada cinco habitantes de la ciudad será una persona mayor. El envejecimiento interno de este grupo etario también es evidente: del total de la población adulta mayor, el 27,3% tiene 75 años y más en la actualidad.

En este escenario, la demanda demográfica de cuidado es elevada: en 2015 hay alrededor de 18 personas que requieren cuidado por cada 100 con capacidad de brindarlo. Este tipo de demanda todavía se concentra en los niños, pero irá cambiando rápidamente de composición a medida que avance el proceso de envejecimiento demográfico. Entre 2015 y 2030 la demanda de cuidado por parte de las personas mayores se duplicará en términos relativos.

Por su parte, la población adulta mayor tiene un protagonismo importante en la demanda de cuidado por razones de salud. La mitad de la población con algún tipo de discapacidad en la Ciudad de México tiene 60 años y más de acuerdo al último censo, de 2010. En total, se trataría de cerca de un cuarto de millón de personas mayores con discapacidad. Es decir que, de acuerdo a esta fuente, las dificultades de salud de las personas mayores constituyen una causa de necesidad de ayuda por parte de terceros. El tipo de dificultad más frecuente que presenta este grupo es aquella que afecta la capacidad de caminar o moverse; le siguen la de escuchar y la de ver.

La distribución de las personas con discapacidad en la Ciudad de México es heterogénea según su sexo y lugar de residencia. Hay varias delegaciones en las que más del 25% de la población presenta algún tipo de discapacidad, y las más afectadas son las mujeres mayores.

La esperanza de vida sana de las personas mayores en la Ciudad de México es perjudicada directamente por el tipo de discapacidad que presentan, y entre ellas la de caminar o moverse es la que más años de vida con buena salud le resta a este segmento de la población. Le siguen la dificultad para escuchar y las limitaciones mentales. Respecto de estas últimas cabe advertir que las demencias, en particular el Alzheimer, se encuentran en franco proceso de crecimiento en la ciudad, tal como ocurre en el resto del país y en el mundo.

Hasta ahora, la satisfacción de la necesidad de cuidado sigue dependiendo de la solidaridad familiar. Y en este sentido las mujeres, con independencia de su edad, tienen un rol protagónico, incluso durante los días laborales. Esto significa que en la Ciudad de México muchas mujeres comparten su día entre las labores de trabajo remunerado (o el estudio), el trabajo doméstico y el cuidado de personas dependientes. La cantidad de horas destinadas a esta tarea es elevada y compete con sus posibilidades de trabajo extradoméstico, de obtener un sueldo o emanciparse económicamente de sus parejas, sus padres o abuelos.

De esta manera, se mantiene una división sexual del trabajo de cuidado que confina a las mujeres en el hogar, atendiendo a las personas dependientes, con poca o nula participación de los hombres en estas tareas. Es de esperar que esta situación cambie en el futuro, debido a los nuevos modelos de masculinidad que están emergiendo; pero sin intervención pública, el cuidado en la Ciudad de México seguirá anclado en el lugar de la servidumbre y el sometimiento.

En este escenario, hay que recordar que en un contexto de envejecimiento, la solidaridad familiar sufre presiones excesivas que pueden tener un impacto negativo tanto en quienes brindan cuidado como en quienes lo reciben, incrementando las desigualdades y la vulnerabilidad. Por esta razón, es fundamental ayudar a las familias para que presten asistencia a sus miembros. El reto es doble: por una parte, atender las necesidades de las personas que requieren apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007), y por la otra, promover soluciones que protejan los derechos de las personas que brindan los cuidados, incluyendo la promoción de la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar (CEPAL, 2007).

Los resultados de la “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”, realizada en el primer semestre de 2015 y aplicada a 23.699 personas, aporta elementos interesantes para conocer y difundir en relación al tema. Por ejemplo, permite constatar que la población derechohabiente de la Pensión Alimentaria de la Ciudad de México tiene una elevada necesidad de cuidado.

Aunque esta necesidad es un rasgo inherente de todas las personas, y por lo tanto está presente de diversas maneras en distintos momentos del ciclo vital, no adquiere su carácter definitivo hasta que se necesita de la ayuda de otro para realizar las actividades más esenciales (Puga, 2002). En el caso de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria, el 73% tiene limitaciones para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), por lo que requieren ayuda regular y permanente.

Aunque las mujeres en general presentan mayor dependencia que los hombres, sobre todo en relación a las AIVD, no es posible concluir que la condición femenina sea la única causa de ello. Su mayor sobrevivencia, la condición de viudez, su baja escolaridad y la multimorbilidad inciden en esta situación. No hay que olvidar además que, con seguridad, algunas de estas mujeres están prestando ayuda a su cónyuge, a sus suegros o a sus padres. Si bien la encuesta no pudo ahondar en este aspecto, es una realidad frecuente entre las mujeres derechohabientes de la Pensión Alimentaria. El resultado es una condición de vulnerabilidad que requiere una atención particular de las autoridades.

Tener una edad avanzada no necesariamente implica dependencia, y a su vez la dependencia no es una característica que se distribuya de manera homogénea entre los derechohabientes de la Pensión Alimentaria de la Ciudad de México. Existe un grupo de encuestados que no requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria —sean éstas básicas o instrumentales. Muchos de ellos tienen menos de 75 años. Se podrían considerar las edades comprendidas entre los 75 y los 85 años como un período de alto riesgo de dependencia, durante el cual la necesidad de ayuda es más elevada. Generalmente esta necesidad decrece a lo largo de los años, con ciertas diferencias por sexo.

En este sentido, cabe destacar las particularidades del grupo de derechohabientes más longevos que fueron encuestados. Muchos no tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, algunos incluso no reciben ayuda a pesar de su avanzada edad y otros tienen un riesgo de mortalidad en el corto plazo muy bajo. Este resultado coincide con las evidencias disponibles para otros países del mundo, en las que se muestra que las personas centenarias presentan un estado biomédico funcional y mental bueno, pueden realizar actividades instrumentales de la vida diaria, ejecutar los quehaceres de la casa y manejar sus propios medicamentos. Se trata más que nada de personas sobrevivientes, algunas de las cuales han desarrollado mecanismos que les han permitido enfrentarse a múltiples obstáculos para alcanzar así el límite extremo de la vida humana (Selman-Houssein *et al.*, 2012).

Las condiciones de salud de la población con limitaciones para la realización de las ABVD y las AIVD son preocupantes. El riesgo de mortalidad en el corto plazo debido a multimorbilidad es más elevado en este grupo que entre quienes no tienen limitaciones. Por lo tanto, se podría estar en presencia de un segmento que, junto con necesitar ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, requiere también una atención de salud intensiva. Dada la elevada probabilidad de muerte por comorbilidad en aquellos derechohabientes con limitaciones en la ABVD y las AIVD, varios podrían además requerir cuidados paliativos.

La autopercepción de la salud es un robusto indicador de la calidad de vida y de la morbilidad, y un importante predictor de la consecuente mortalidad. Depende no solo del estado físico de la persona, sino también de factores sociales, económicos, físicos, culturales y emocionales. Al respecto, una parte importante de los derechohabientes encuestados con limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria tiene una mala o muy mala percepción de su salud. Las diferencias con aquellos que no tienen limitaciones en cualquiera de los casos (ABVD, AIVD o ambas) son relevantes.

El perfil del cuidador de los derechohabientes encuestados es claramente femenino, con independencia del tipo de limitaciones de la persona que se cuida. Existen diferencias en las edades de quienes realizan el cuidado de acuerdo a si el derechohabiente declara la necesidad de ayuda o no, y al tipo de actividades en que tiene las limitaciones. Un hallazgo importante fue la presencia de jóvenes prestando ayuda a las personas mayores en el desempeño de las actividades instrumentales, además de la constante participación de las personas de 60 años y más desempeñando tareas de cuidado, y por supuesto de la generación intermedia de mujeres.

La presencia de personas mayores que realizan tareas de cuidado es amplia, inclusive en aquellos derechohabientes con elevado riesgo de mortalidad en el corto plazo por comorbilidad. Esta participación puede estar relacionada con el cuidado del cónyuge dependiente y enfermo, pero también hay elementos culturales que fundamentan este hecho y que se deben estudiar con mayor profundidad. Muchas de estas mujeres fueron socializadas en la sumisión, el sacrificio, la entrega y la renuncia (Puga, 2002), comportamiento que con seguridad no se reproducirá en las próximas generaciones, y que por lo tanto puede incidir en la oferta de cuidadores.

En el caso de las mujeres de edades intermedias que están cuidando (la generación sándwich), su situación contradice la clásica percepción de que las mujeres tienen a su cargo solo a los hijos pequeños o que la carga de cuidado se concentra únicamente en su juventud. La evidencia muestra que las mujeres pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida, e incluso terminan prestando ayuda más de una vez en su ciclo vital: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir asistiendo al cónyuge enfermo y cuidando a los nietos. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Kahan *et al.*, 1994, *apud* Robles, 2003). Se podría decir que las mujeres de edades intermedias se encuentran en uno de los momentos vitales más críticos para la conciliación entre el trabajo productivo y el reproductivo.

Por último, existe un grupo de derechohabientes que a pesar de necesitar ayuda no la obtiene: 12.775 encuestados con dificultades para el desarrollo de las ABVD y las AIVD declaran requerir ayuda, sin embargo, 1.189 de ellos no la consiguen. Una situación similar se presenta cuando la información se obtiene a partir del riesgo de mortalidad: hay 327 encuestados que a pesar de necesitar ayuda y tener un elevado riesgo de muerte no cuentan con ella.

De estos datos se puede concluir que la mayor dificultad que se encuentra entre algunos de los derechohabientes encuestados es la falta de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria. Se trata de una constatación sumamente preocupante, ya que estas actividades son fundamentales para la sobrevivencia humana y están dirigidas a la mantención del bienestar directo de la persona. Su valor para la integridad y la dignidad del ser humano es clave, y la falta de ayuda para realizarlas pone en riesgo la salud y la vida.

Sobre la base de los antecedentes recién expuestos, y del compromiso del Gobierno de la Ciudad de México con el tema del cuidado, se propone lo siguiente:

- *Creación de un programa de salario ciudadano para cuidadores de la Ciudad de México*
Este programa consistiría en la entrega de una transferencia monetaria para personas que brinden cuidado a familiares con necesidades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

La propuesta del programa que se presenta en el anexo 3 se realizó sobre la base de un análisis comparado de la experiencia de distintos países del mundo en los que ya se entrega este tipo de prestación a los cuidadores, con el propósito de evaluar la forma más apropiada de implementarla en la Ciudad de México. Los lineamientos del programa se elaboraron a partir de este análisis, de los resultados de este estudio y la experiencia del IAAM, tomando en consideración los Lineamientos para la elaboración de las reglas de operación de los programas sociales para el ejercicio 2015 del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal.

- *Creación de un nuevo servicio en el IAAM*
Se recomienda la creación de un nuevo servicio del Instituto, consistente en ayudar a las personas mayores y sus cuidadores a determinar cuáles son sus necesidades específicas en materia de cuidado y qué servicios están disponibles en la Ciudad de México para satisfacer esas necesidades.

Como ocurre en otras partes del mundo, el Instituto contaría con unidades de coordinación de servicios de cuidado, cuya función principal sería ofrecer de manera organizada a quienes lo requieran toda la información necesaria para facilitar que las personas mayores permanezcan residiendo en sus hogares el mayor tiempo posible. Cabe destacar que la creación de estas unidades sería también una forma de movilizar voluntades a favor del buen cuidado de las personas mayores, e indirectamente facilitaría la generación de un nicho organizado de servicios que fomenten el empleo.

- *Elaboración de estándares de atención para las personas que requieren cuidados en la Ciudad de México*

El cuidado de las personas mayores es todavía un ámbito de trabajo que requiere un encuadre normativo para su buen desarrollo. En la Comunidad Europea se elaboró recientemente la “European Charter on the rights of older people in need of Long-Term Care”, con el objetivo que se convirtiese en un documento de referencia en el que se establecieran los principios y los derechos fundamentales que es necesario considerar para el bienestar de todos los que dependen de otros para el apoyo y la atención debido a la edad, la enfermedad o la discapacidad. Un instrumento de esta naturaleza sería de mucha utilidad en la Ciudad de México, y la Secretaría de Desarrollo Social podría liderar su elaboración con la participación de todos aquellos actores institucionales involucrados en la atención de las personas que requieren cuidado.

- *Elaboración de una Cartilla de servicios de apoyo para cuidadores de las personas mayores en la Ciudad de México*

Una de las grandes dificultades con las que se encuentran los cuidadores de personas mayores es la falta de información y apoyo para un adecuado cumplimiento de sus funciones. El Gobierno de la Ciudad de México puede realizar una contribución importante a quienes han decidido prestar cuidado a un familiar, por medio de la identificación de proveedores locales de atención, tales como agencias de atención domiciliaria, centros de asistencia y cuidado diurno para personas mayores, asesoría legal y médica, así como oferta de capacitación.

Para sistematizar la oferta existente, la Secretaría de Desarrollo Social podría elaborar una cartilla con servicios de apoyo. Para ello se requiere reunir la información necesaria, y luego publicar esta cartilla en distintos formatos (electrónico y en papel) para ser entregada a todos los derechohabientes de la Pensión Alimentaria, familiares y cuidadores que lo requieran.

Bibliografía

- Arriagada, Irma (comp.) (2007), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros, Libros de la CEPAL*, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Budlender, Debbie (2008), “The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries”, Gender and Development Programme Paper Number 4, United Nations Research Institute for Social Development.
- Centre for Policy on Ageing (2009), “Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom. A review from the literatura”, [en línea] <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago.
- _____ (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* [LC/G.2294 (SES.31/3)], Santiago de Chile.
- Charlson, Mary; Szatrowski, Ted; Peterson, Janey and Gold, Jeffrey (1994), “Validation of a combined comorbidity index”, *Journal Clinic Epidemiology*, Vol. 47, N° 11, Great Britain.
- Colombo, Francesca *et al.* (2011), “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing.
- Comas-Herrera, Adelina; Wittenberg, Raphael y Pickard, Linda (2010), “The long road to universalism?: recent developments in the financing of long-term care in England”, *Social Policy and Administration*, 44 (4): 375-391.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2014), “Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Distrito Federal”, *Perspectiva Demográfica*, México, D.F., [en línea] <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/09_Cuadernillo_DistritoFederal.pdf>.
- _____ (2011), “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México”, Serie de Documentos Técnicos, México, DF, [en línea] <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf>.
- Connor, Stephen and Sepúlveda, María Cecilia (eds.) (2014), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide palliative Care Alliance and World Health Organization.
- Costello, John (2001), “Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards”, *Journal of Advanced Nursing* 35 (1): 59-68.
- Etcheverría Mauleón, Xabier (2014), “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad”, en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez (eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), Santiago, CEPAL.
- García-García, Francisco *et al.* (2011), *Fragilidad: un fenotipo en revisión*, España, Elsevier.

- Gleckman, Howard (2010), *Long-term care financing reform: lessons from the US and abroad*, Washington, D.C., The Urban Institute.
- Hadjistavropoulos, Thomas and Hadjistavropoulos, Heather D. (2008), *Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide*, IASP Press.
- Hernández, R. y Hurtado, S. (coords.) (2014), “Diagnóstico desde la perspectiva de género sobre cuidadoras principales y secundarias de personas adultas mayores de la Delegación Tlalpan, D. F.”, *Ciudadanía en Movimiento en Camino a la Igualdad de Género*, CIMIGE; a través del Programa de Coinversión Social.
- Huenchuan, Sandra (2015), “Palliative care at the end of life and death with dignity”, *FOCUS Magazine*, ECLAC Subregional Headquarters for the Caribbean, in press.
- _____ (2014), “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado”, en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez (eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), Santiago, CEPAL.
- ILO (International Labour Office) (2014), *World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*, Geneva.
- Mansilla, Juan José *et al.* (2009), “Comorbilidad incidente como desencadenante de dependencia funcional en pacientes con IRC en programa de hemodiálisis”, *Revista Seden*, [en línea] <http://www.revistaseden.org/files/2122_P%C3%A1ginas%20de%202009-7.pdf>.
- Naciones Unidas (2013), “Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Juan E. Méndez” (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos, 22º período de sesiones, 1 de febrero.
- _____ (2011), “Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las persona mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Gorver” (A/HRC/18/37), Consejo de Derechos Humanos, 18º período de sesiones, 4 de julio.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2006), “Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers”, Economics Department Working Papers N° 477, París.
- _____ (2005), *Long-term Care for Older People*, París.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (s/f), “Cáncer. Cuidados paliativos”, [en línea] <<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>.
- Puga, María Dolores (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Quintanar, Fernando (2000), *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*, México, DF, Plaza y Valdés.
- Robles, Leticia (2003), “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”, ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Scheil-Adlung, Xenia y Bonan, Jacopo (2012), “Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications”, ESS Paper N° 31, Geneva, International Labour Office (ILO), Social Security Department.
- Secretaría de Salud (2011), “El Alzheimer en México. Epidemiología en breve. Suplemento informativo”, Año 1, Número 7.
- Selman-Houssein, Eugenio *et al.* (2012), *Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad*, Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- Sempere, Antonio y Cavas, Faustino (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona (España), Editorial Aranzadi.
- Serrano, Sandra y Daniel Vázquez (2013), *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*, México, DF, FLACSO.
- Servicio de Salud Pública del Distrito Federal (2005), “Cuestionario para el cuidador primario de personas adultas mayores”, México.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2011), *Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010*, junio.

- Sunkel, Guillermo (2006), “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, serie *Políticas sociales*, N° 120 (LC/L.2530-P/E), Santiago de Chile, CEPAL.
- The Family Watch (2012), *La familia como agente de salud*, Madrid, Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- Tuz, Jorge (2009), “Comorbilidad, presencia de dolor y habilidad funcional en adultos mayores de la ciudad de Escárcega, Campeche”, Tesis para obtener la Maestría en Ciencias de la Enfermería con énfasis en salud comunitaria, Universidad Autónoma de Nueva León.
- United Nations (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision* (ST/ESA/SER.A/336), Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, [en línea] <<http://esa.un.org/wpp/>>.
- UNRISD (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social) (2010), “¿Cuál es la importancia del cuidado para el desarrollo social?”, UNRISD Investigación y política, Síntesis 9, Ginebra.
- Villalobos, Alicia (s/f), “Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia”, Santiago, [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>>.
- Wittenberg, Raphael *et al.* (2006), “Future Demand for Long-Term Care, 2002 to 2041: Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England”, PSSRU Discussion Paper 2330, London, London School of Economics.

Anexos

Anexo 1

Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal



SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION GENERAL DEL INSTITUTO PARA
LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR EN EL
DISTRITO FEDERAL.
Con el apoyo técnico del CELADE-División de
Población de la CEPAL

ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE CUIDADO DE LAS PERSONAS DERECHOHABIENTES DE LA PENSION ALIMENTARIA EN EL DISTRITO FEDERAL

Nombre: _____

Género: Femenino Masculino **IDP:** _____

¿Puede la persona responder la encuesta? **DIRECTO** () **PROXY** ()

1. En relación con otras personas de su edad, ¿cómo se encuentra su salud? _____

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Mala 5. Muy mala

2. En este momento, ¿puede usted... 0. No 1. Si

	0. Con ayuda		7. usar el teléfono?	
	1. Solo (a)		8. viajar en transporte público?	
1. bañarse?	<input type="checkbox"/>		9. tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>
2. vestirse?	<input type="checkbox"/>		10. manejar su dinero?	<input type="checkbox"/>
3. usar el sanitario?	<input type="checkbox"/>		11. hacer sus compras?	<input type="checkbox"/>
4. trasladarse?	<input type="checkbox"/>		12. cocinar?	<input type="checkbox"/>
5. mantener la continencia?	<input type="checkbox"/>		13. mantener el cuidado de su hogar?	<input type="checkbox"/>
6. alimentarse?	<input type="checkbox"/>		14. lavar su ropa?	<input type="checkbox"/>

3. ¿Usted necesita la ayuda de alguien para realizar las actividades de la lista anterior? 0. No 1. Si

4. ¿Cuenta usted con alguien que le ayude en las actividades de la lista anterior?

A. Nombre del cuidador: _____ B. Edad: _____ años
C. Género F M D. ¿Cuánto tiempo lleva cuidándole? _____ años _____ meses

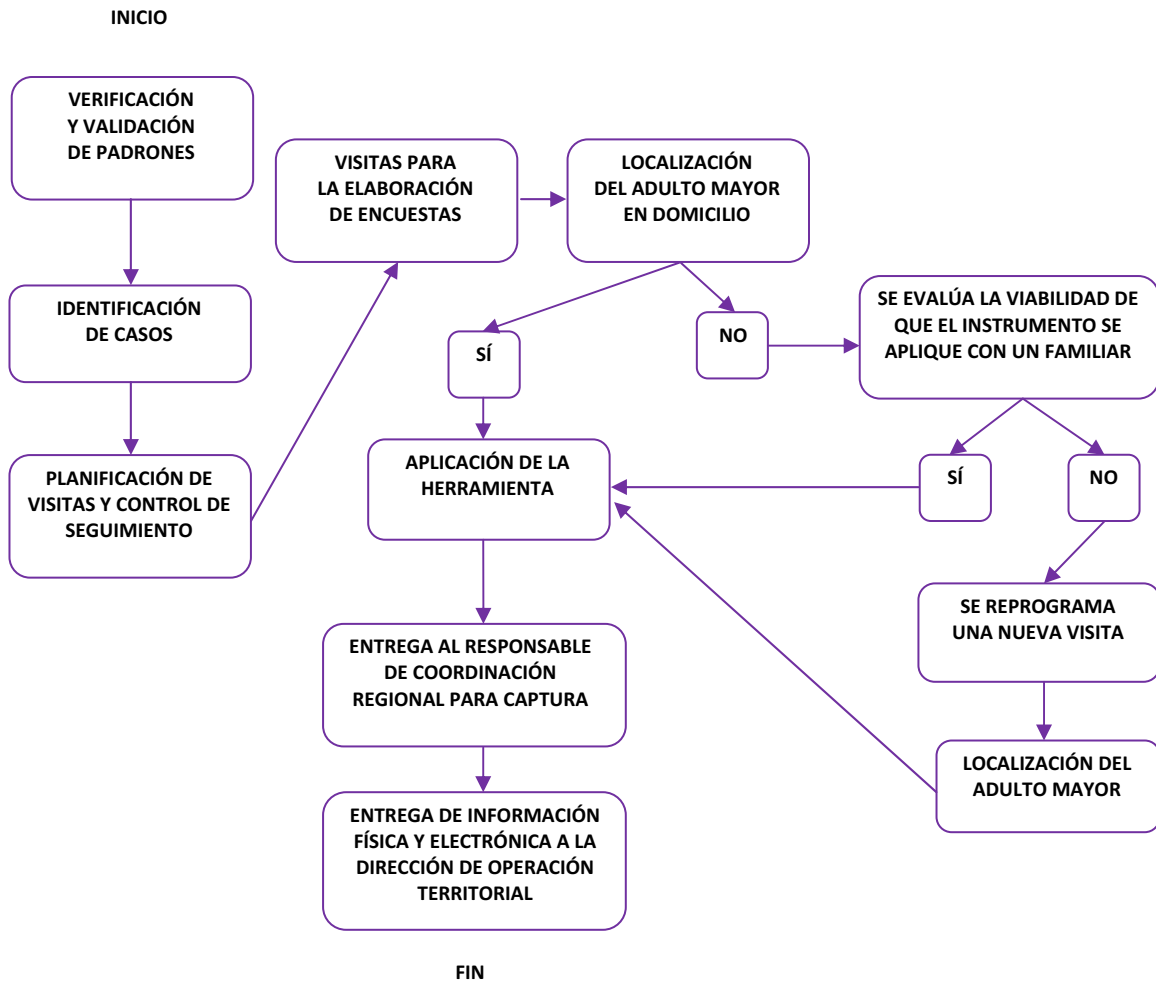
5. ¿Su médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?: 0. No 1. Si

1. Infarto al corazón	<input type="checkbox"/>
2. Insuficiencia o falla del corazón	<input type="checkbox"/>
3. Várices (enfermedad vascular periférica)	<input type="checkbox"/>
4. Infarto, embolia o derrame cerebral	<input type="checkbox"/>
5. Demencia (Enfermedad de Alzheimer)	<input type="checkbox"/>
6. Bronquitis crónica, Enfisema, Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/>
7. Lupus, Artritis reumatoide, u otra enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>
8. Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>
9. Hepatitis crónica, Cirrosis leve	<input type="checkbox"/>
10. Cirrosis hepática moderada o severa	<input type="checkbox"/>
11. Diabetes sin complicaciones	<input type="checkbox"/>
12. Diabetes con complicaciones (daño en la retina, en el riñón, neuropatía)	<input type="checkbox"/>
13. Parálisis en la mitad del cuerpo (hemiplejía o paraplejía)	<input type="checkbox"/>
14. Insuficiencia o falla de los riñones	<input type="checkbox"/>
15. Tumor o cáncer sin metástasis (excepto cáncer de piel no melanomatoso, ni cáncer del cuello uterino in-situ)	<input type="checkbox"/>
16. Tumor o cáncer con metástasis (diseminado)	<input type="checkbox"/>
17. Leucemia (cáncer en la sangre)	<input type="checkbox"/>
18. Mieloma (cáncer de la médula ósea), linfoma (cáncer en los ganglios, linfoma de Hodgkin o no-Hodgkin)	<input type="checkbox"/>

Encuestador (a): _____

Fecha: _____

Anexo 2 Flujograma de aplicación de la encuesta



Anexo 3

Programa de salario ciudadano para cuidadores de la Ciudad de México

Considerandos

- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 en el 45º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, establece en su artículo 12 que “la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”¹³.
- La Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas (2012)¹⁴, recomienda desarrollar la atención a domicilio, promoviendo que las personas mayores puedan permanecer en sus propios hogares y mantener su independencia, así como diseñar medidas de apoyo a las familias mediante servicios especiales para quienes brindan atención a las personas mayores.
- El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Observación General Número 27, de 2010¹⁵, interpretó que los Estados deben proporcionar atención social y de salud de largo plazo, incluyendo el cuidado que permita una vida independiente.
- La Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, de 2000, establece en su artículo 7, del Capítulo Obligaciones de la familia, que “el lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca es su hogar; y solo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores”¹⁶.
- La Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal define el desarrollo social como: “El proceso de realización de los derechos de la población mediante el cual se fomenta el mejoramiento integral de las condiciones y calidad de vida”, y en el artículo 4 de esta norma se establecen los principios rectores para la política social de la Ciudad de México: la universalidad, la igualdad, la justicia distributiva, la equidad social, la equidad de género y la exigibilidad de los derechos¹⁷.
- La Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal establece que la Secretaría de Desarrollo Social tiene por facultad coordinar el desarrollo de las políticas, programas y acciones con las demás dependencias de la Administración y con los habitantes del Distrito Federal.
- De acuerdo a un estudio realizado por la CEPAL, de las Naciones Unidas, el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM) es uno de los

¹³ Véase [en línea] <http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp>.

¹⁴ Véase [en línea] <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf>.

¹⁵ Véase [en línea] <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf?view=1>>.

¹⁶ Véase [en línea] <<http://www.sds.df.gob.mx/pdf/Ley%20de%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores.pdf>>.

¹⁷ Véase [en línea] <http://www.finanzas.df.gob.mx/pbr/pdf/ley_des_soc_feb_2009.pdf>.

organismos gubernamentales más importantes que existen en la región en materia de atención de las personas mayores, y que presenta un elevado nivel de institucionalización de sus prácticas y está en condiciones de ampliar su oferta de programas hacia nuevos ámbitos de intervención, como el cuidado, lo que permitiría brindar a las personas mayores de la Ciudad de México una atención integral, cumplir con las disposiciones internacionales en materia de derechos humanos, contribuir a la generación de empleo y a la resignificación del cuidado como un asunto de responsabilidad colectiva.

Antecedentes

El programa de la Pensión Alimentaria para las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal comenzó a operar en 2001, con la publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal del “Acuerdo mediante el cual se crea el programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos para adultos mayores de 70 años”, que se puso en marcha en marzo de ese mismo año. Para asegurar su continuidad y estabilidad como política estatal, en 2003 el Gobierno de la Ciudad presentó a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal una “Iniciativa de Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Setenta Años, Residentes en el Distrito Federal”, que fue aprobada en noviembre de ese año, reconociéndose el derecho universal de las personas mayores a recibir una pensión alimentaria. A partir de 2009 este derecho se extendió a los mayores de 68 años.

En 2003, los legisladores de las comisiones unidas de Desarrollo Social y Presupuesto y Cuenta Pública de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal consideraron en su informe que el derecho a la vida constituye un derecho universal fundamental de todo ser humano, que el derecho a una vida digna es parte inherente y sustancial de ese derecho universal, y subrayaron que: “Es el caso que la mayor parte de los adultos mayores no pueden ejercer este derecho *porque no existen suficientes programas de mejoramiento de sus condiciones de vida*” (énfasis propio).

En ese marco, determinaron que el objetivo de la Pensión Alimentaria es “dar una seguridad económica básica, mejorar las condiciones de salud, y elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores de manera integral, *buscando mantener y recuperar su funcionalidad y autonomía, así como lograr la disminución de las desigualdades ante la enfermedad, la muerte y el acceso a la protección de la salud*” (énfasis propio).

En más de una década de implementación, el programa de Pensión Alimentaria para las Personas Adultas Mayores y su emblemática tarjeta han crecido en materia de institucionalidad, cantidad de titulares derechohabientes, recursos y cobertura de derechos conexos al de la alimentación. En la presente administración del Jefe de Gobierno, Miguel Ángel Mancera, se ha logrado un avance particular, pues se han extendido los alcances y las posibilidades del programa más allá del ámbito alimentario, ampliándose a otros aspectos que incluyen la recreación, el acceso al crédito, el turismo social, entre otros.

Este desarrollo expansivo y en permanente innovación del Gobierno de la Ciudad de México es posible por el enfoque de derechos y dignidad que informa toda su política social. En ese contexto, cabe explorar las posibilidades de generar un programa de cuidados, sobre la base del marco institucional de la Pensión Alimentaria, considerando el cuidado como un derecho humano.

Alineación programática

Este programa se alinea con el Eje 1 del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, “Equidad e inclusión social para el desarrollo humano”, y específicamente con el Objetivo 1 del Área de Oportunidad 2: “Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas”, y más puntualmente con su Meta 1: “Mejorar la calidad de los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas”, y su Línea de acción 4: “Reforzar la infraestructura de atención domiciliaria, para acercar a las adultas y los adultos mayores, grupos étnicos y mujeres a la atención de las enfermedades crónico-degenerativas”.

Diagnóstico

Problema social

En el primer semestre de 2015, la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México y el CELADE-División de Población de la CEPAL de las Naciones Unidas realizaron la “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal”. Se encuestaron 23.699 derechohabientes, lo que permitió definir de manera más precisa la problemática social en relación a esta materia.

De acuerdo a los resultados de esta encuesta, el principal problema social de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria en relación al cuidado es la dificultad de contar con el apoyo necesario para mantener su autonomía, y el hecho que en muchos casos el cuidado se satisface con costos que recaen directamente en las mujeres cuidadoras de la familia.

En efecto, sobre la base de los resultados de la encuesta, la población derechohabiente de la Pensión Alimentaria de la Ciudad de México experimentaría una elevada necesidad de cuidado. El 58,8% de los encuestados presenta limitaciones para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el 79,4% para el ejercicio de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Si se consideran las limitaciones para ambos tipos de actividades, más de la mitad de los encuestados requiere ayuda regular y permanente. Aunque las mujeres en general presentan mayor dependencia que los hombres, sobre todo respecto de las AIVD, no es posible concluir que la condición femenina sea la única causa de ello. Su mayor sobrevivencia, la condición de viudez, su baja escolaridad y la multimorbilidad también incidirían en esta mayor necesidad.

Las condiciones de salud de la población con limitaciones en la ABVD y las AIVD son preocupantes. El riesgo de mortalidad en el corto plazo (un año) debido a comorbilidad es más elevado en este grupo que en aquellos derechohabientes sin limitaciones. Por lo tanto, se podría estar en presencia de un segmento que, junto con necesitar ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, también requiere una atención en salud intensiva. Dada la elevada probabilidad de muerte en aquellos derechohabientes con limitaciones en la ABVD y las AIVD, varios podrían necesitar también cuidados paliativos.

Por último, el perfil del cuidador de los derechohabientes encuestados es claramente femenino, con independencia del tipo de limitaciones que presenta la persona que requiere el cuidado. Un hallazgo importante fue la presencia de jóvenes prestando ayuda a las personas mayores en el desempeño de las actividades instrumentales, la constante participación de las personas de 60 años y más brindando ayuda, y por supuesto, la implicación de la generación intermedia de mujeres en esta labor.

Causas y efectos del problema social

La novedad y urgencia actual del cuidado como asunto público reside principalmente en el escenario en el que se desarrolla hoy por hoy, caracterizado por la transformación de los roles de las mujeres, la presencia aún importante de niños, el creciente envejecimiento de la población y la mayor sobrevivencia con enfermedades o discapacidad.

En 2015, la Ciudad de México tiene una demanda equivalente a 18 personas que requieren cuidado por cada 100 con capacidad de brindarlo. La demanda todavía se concentra en la niñez, pero irá cambiando rápidamente de composición a medida que avance el proceso de envejecimiento demográfico, por lo que se estima que en los próximos 15 años la demanda de cuidado por parte de las personas mayores se duplicará en términos relativos. A diferencia del resto del país, en la Ciudad de México la demanda demográfica de cuidado en las edades avanzadas se concentra y crece más rápido a partir de los 85 años.

De manera simultánea, de acuerdo al censo de 2010, la mitad de la población con algún tipo de discapacidad en la Ciudad de México tiene 60 años y más, sumando alrededor de cuarto millón de personas mayores en esta situación. El tipo de dificultad más frecuente que presentan es aquella que se experimenta para caminar o moverse, le siguen la dificultad para escuchar y para ver. La esperanza de

vida sana de las personas mayores en la Ciudad de México es perjudicada directamente por el tipo de discapacidad que presentan, y entre ellas la de caminar o moverse es la que más años de vida con buena salud le resta a este segmento de la población. Le siguen la dificultad para escuchar y las limitaciones mentales.

En este escenario, la incorporación de las mujeres a la fuerza laboral remunerada compite con el tiempo destinado al cuidado no remunerado de las personas con dependencia temporal o permanente. La Encuesta de Uso del Tiempo en el Distrito Federal (2011) demostró que las mujeres, con independencia de su edad, son las que asumen una mayor carga de cuidado, incluso durante los días laborales. Esto significa que muchas mujeres comparten su jornada entre las labores de trabajo remunerado (o el estudio), el trabajo doméstico y el cuidado de personas dependientes. La cantidad de horas destinadas a esta tarea es alta y compite con sus posibilidades de trabajo extradoméstico, de obtener un sueldo o emanciparse económicamente de sus parejas, sus padres o abuelos.

Lo anterior significa que, en muchos casos, la familia —y en particular, las mujeres— no pueden seguir conteniendo la red de protección para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores con dependencia. La limitada previsión de la necesidad de cuidado como un riesgo en los sistemas de protección social a nivel federal agrava esta situación e impacta directamente en la posibilidad de que las personas mayores reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte importante de la población queda excluida de los servicios sociales, pudiendo incluso comprometer su patrimonio y sus ingresos en la búsqueda de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida diaria en el ámbito público y privado.

La incidencia del programa en el problema social

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento de la carga de la persona cuidadora que puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas si no logra manejarse adecuadamente y, por lo tanto, puede comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente del cuidado, por lo que se requiere un soporte social más global.

Una intervención del Gobierno de la Ciudad de México con las personas cuidadoras de derechohabientes de la Pensión Alimentaria con limitaciones en las ABVD y las AIVD con alto riesgo de mortalidad en el corto plazo es útil económica y socialmente. En términos económicos, previene la institucionalización de la persona mayor a un elevado costo —considerando que la oferta de este servicio en la Ciudad de México (asilos y casas hogar) es en más de un 90% de carácter privado—, genera empleo en el ámbito de los servicios sociales y aporta a la economía de la Ciudad. En términos sociales, el cuidado contribuye al desarrollo y la inclusión social.

En el ámbito internacional se identifican distintos mecanismos para brindar apoyo gubernamental a la tarea de cuidado. Uno de ellos considera la entrega de prestaciones en dinero a los cuidadores, con el propósito de sustituir el ingreso perdido o cubrir los gastos en los que se incurre debido al cuidado. En los países nórdicos, el pago a los cuidadores es similar a una remuneración como compensación por el esfuerzo del cuidado, aunque representa un salario relativamente bajo para desincentivar la salida del mercado laboral. En Irlanda y el Reino Unido los subsidios están dirigidos a los cuidadores con ingresos por debajo de un umbral establecido, o bien a cuidadores que proporcionan una cantidad mínima de horas de cuidado.

Este tipo de apoyo financiero tiene el potencial de ayudar a mantener el cuidado que brindan los familiares. Es por ello que se recomienda su entrega cuando aumentan las necesidades de atención de la persona que demanda el cuidado y existe un cuidador principal claramente identificado.

Definición de la población potencial, población objetivo y beneficiaria

La “Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal” identificó a aquellas personas con algún tipo de dificultad para el desarrollo de la vida diaria.

Del total de encuestados, 19.141 personas tienen algún tipo de dificultad. De ellos, 13.742 tienen limitaciones para el desarrollo de las ABVD y las AIVD: 9.798 son mujeres y 3.828 hombres. La etapa del ciclo vital que se extiende entre los 80 y los 89 años constituye período con elevado riesgo de pérdida de autonomía entre las personas encuestadas. En todas las delegaciones, la incidencia de las limitaciones para la realización de las ABVD y las AIVD entre los encuestados es elevada (superior al 55%).

La población potencialmente beneficiaria del programa está constituida por 10.667 personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria (7.769 mujeres y 2.898 hombres), quienes tienen limitaciones para realizar las ABVD y las AIVD y presentan un elevado riesgo de muerte por comorbilidad en el corto plazo.

La población objetivo del programa está compuesta por 2.522 personas derechohabientes (1.808 mujeres y 714 hombres), quienes cumpliendo con los criterios anteriores se encontrarían en una fase terminal, por lo que tendrían una necesidad de cuidado permanente, con requerimientos de atención en salud para los que es indispensable una coordinación efectiva, además de que la persona que cuida debe contar con destrezas y habilidades específicas para no agravar su calidad de vida o adelantar su muerte.

La población beneficiaria del Programa de salario ciudadano será determinada en función de la capacidad presupuestal. Cabe señalar que la cantidad de personas que integran la población potencial y la población objetivo varía constantemente, por lo que siguiendo criterios internacionales, el punto de vista central para definir la inclusión en el programa debe ser la necesidad, sin subestimar la importancia de otras condiciones.

Objetivo general

Brindar a las personas cuidadoras del grupo familiar de derechohabientes de la Pensión Alimentaria con limitaciones en las ABVD y AIVD con riesgo de mortalidad muy elevado ($IC \geq rr.19.37$) una prestación económica para ayudar a compensar su dedicación al trabajo de cuidado no remunerado que les facilite la continuidad de la prestación del servicio, de modo que la persona atendida pueda seguir viviendo en su casa el mayor tiempo posible, manteniendo el control sobre su propia vida.

Objetivos específicos

- a. Otorgar un apoyo económico a las personas cuidadoras que provienen de los grupos familiares de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria y que cumplan con los requisitos de acceso al programa, para compensar su dedicación al trabajo de cuidado no remunerado.
- b. Ofrecer la posibilidad de profesionalización del cuidado que brindan las personas cuidadoras de origen familiar de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria que cumplan con los requisitos de acceso al programa, por medio del acceso a capacitación teórico-práctica.
- c. Brindar apoyo del personal médico y social del IAAM a las personas cuidadoras de origen familiar de derechohabientes de la Pensión Alimentaria para que cumplan adecuadamente su labor de cuidado y ayuden a decidir acerca del desarrollo de esta tarea cuando corresponda.

Alcances

El programa tiene repercusiones en los derechos humanos de las personas que brindan cuidado y en los derechohabientes que lo reciben, en sus familias y en el conjunto de la sociedad.

Por medio de la transferencia monetaria a las personas cuidadoras se reconoce que la atención que brindan tiene un costo para ellas. Contar con un ingreso para compensar la reducción de la jornada laboral o los gastos adicionales en que se incurre como resultado de la tarea de cuidar les puede

ayudar a combinar sus responsabilidades. Además, se envía a la sociedad una señal potente respecto de que las personas que brindan cuidado juegan un papel importante que debe ser reconocido por medio de una compensación por su esfuerzo.

El programa permite que a la persona derechohabiente de la Pensión Alimentaria que recibe el cuidado se le garanticen sus derechos a la vida y a la dignidad en la vejez, a la independencia y autonomía y a la salud, todos ellos contemplados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Por último, el programa ayuda a superar la imagen instituida en el imaginario colectivo según la cual la función de cuidado se presta de manera gratuita, y que forma parte de la red de reciprocidad filial. Ello no implica que en el futuro cercano se espere que la familia sea reemplazada en la provisión de cuidados de los miembros que lo necesitan, sino que advierte sobre la necesidad de mejorar las condiciones en que se realiza esta función y fortalecer la capacidad familiar —y en especial de las mujeres— para continuar desarrollando esta tarea sin arriesgar el ejercicio de sus propias opciones y libertades personales.

Requisitos de acceso

Para acceder al programa, la persona cuidadora y el derechohabiente de la Pensión Alimentaria que recibe el cuidado deben cumplir con requisitos de acceso.

En relación a la persona cuidadora:

- Ser una persona que brinda cuidado a un derechohabiente de la Pensión Alimentaria que cumple con los requisitos de acceso.
- Ser pariente por consanguinidad del derechohabiente de la Pensión Alimentaria al que brinda cuidado hasta el tercer grado de parentesco.
- Actuar como cuidador principal del derechohabiente de la Pensión Alimentaria.
- Estar en una relación de cuidado permanente con el derechohabiente de la Pensión Alimentaria, proporcionando 35 horas de asistencia por semana o más.
- No estar involucrado en cursos de empleo, autoempleo, formación o educación fuera del hogar por más de 15 horas a la semana.

En relación al derechohabiente de la Pensión Alimentaria

- Debe tener limitaciones en la realización de las ABVD y las AIVD evaluadas por el equipo médico y social del IAAM.
- Debe presentar un $IC \geq rr.19.37$, evaluado por el equipo médico del IAAM.
- Debe residir en casa y no en una institución de cuidado de largo plazo. Sin embargo, puede seguir siendo considerado postulante si se encuentra bajo tratamiento médico o de otro tipo en un hospital u otra institución médica por un período no superior a 13 semanas.
- Debe tener una relación de cuidado con la persona cuidadora por un período previo de seis meses a la fecha de postulación al programa.

Glosario

Cuidado: Acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.

Cuidados paliativos: La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su

calidad de vida hasta el fin de sus días. Implican una atención primordial destinada al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

Cuidado a largo plazo: Se refiere a los servicios socio-sanitarios integrales de calidad que recibe la persona que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado —sea público, privado o mixto. Es ofrecido en las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor con dependencia moderada o severa que no pueda recibirlos en su domicilio.

Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

ABVD: La sigla se refiere a las actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, utilizar el retrete, moverse y alimentarse. Constituyen un indicador de la funcionalidad de la persona, y su medición se realiza utilizando la escala de Katz, que evalúa la capacidad para realizar estas seis actividades.

AIVD: La sigla se refiere a las actividades instrumentales de la vida diaria: hablar por teléfono, utilizar el transporte, tomar medicamentos, controlar las finanzas, hacer compras, cocinar, cuidar del hogar y lavar la ropa. Constituyen un indicador del grado de independencia de la persona. La medición de esta independencia se realiza utilizando la escala de Lawton, que evalúa la capacidad para realizar estas ocho actividades.

Riesgo de mortalidad por comorbilidad: Se mide por medio del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), que permite elaborar un pronóstico de comorbilidad que, individualmente o en combinación, puede incidir en el riesgo de mortalidad a corto plazo de los encuestados. El índice es un sistema de evaluación de la esperanza de vida que depende de dos factores: la edad del sujeto y las enfermedades que presenta. El índice consta de 19 ítems, cuya presencia se ha comprobado que influye de una forma concreta en la esperanza de vida de la persona.

Demanda demográfica de cuidado: Se calcula a partir de la relación de dependencia de cuidado, que es el cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 12 años y de mayores de 80 años (con diferencias en el peso entre distintos grupos etarios) y la población de entre 15 y 74 años.

Cuidador principal: Aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo —medido en número de horas al día— al cuidado del derechohabiente de la Pensión Alimentaria.



C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org