

# Horizontes

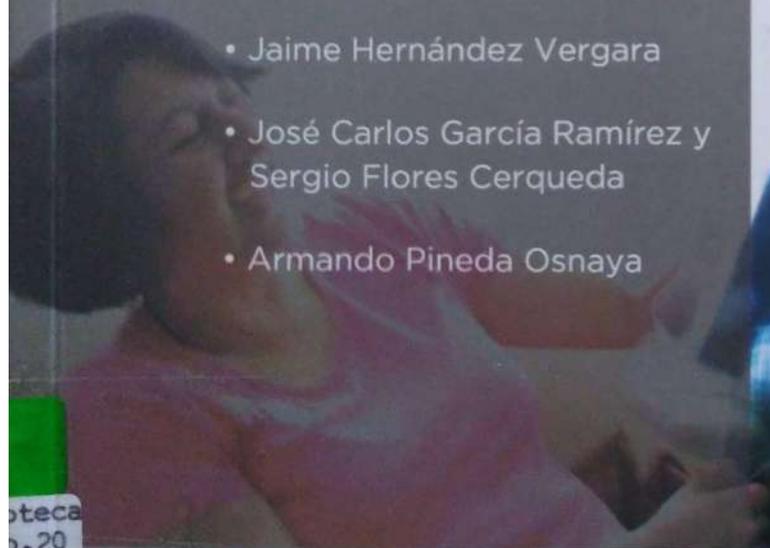
Órgano Informativo del Consejo de Población del Estado de México

Nueva Época

Año 19 No.20, julio-diciembre de 2012

## TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

- Jesús Zimbrón Guadarrama
- Jaime Hernández Vergara
- José Carlos García Ramírez y Sergio Flores Cerqueda
- Armando Pineda Osnaya



oteca  
o.20



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA  
**enGRANDE**



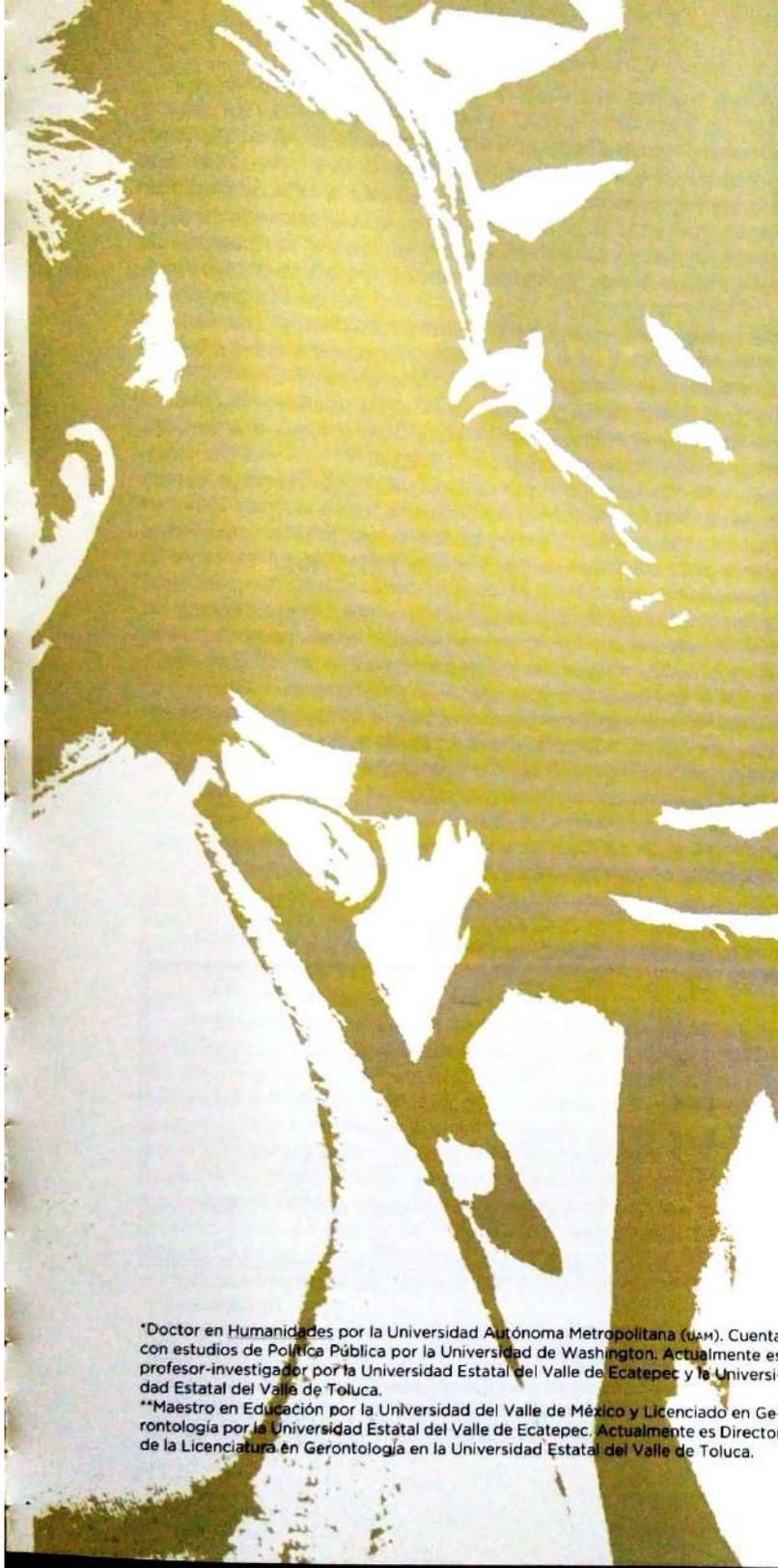


¿Hacia dónde va el  
envejecimiento en México?

# Un desafío para la salud pública

---

José Carlos García Ramírez'  
Sergio Flores Cerqueda''



*El mundo ha aprendido a sortear cataclismos naturales, controlar pestes y epidemias, levantar castillos modernos, envenenar el planeta Tierra, buscar agua bajo piedras del suelo lunar, ha inventado computadoras y microtecnologías capaces de transferir "montañas" de dólares de una geografía a otra en cuestiones de segundos y hasta realizar el amor de manera virtual. Sin embargo, nuestro mundo del siglo XXI se ha resistido a combatir la pobreza y, sobre todo, no ha aprendido ha envejecer.*

\*Doctor en Humanidades por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Cuenta con estudios de Política Pública por la Universidad de Washington. Actualmente es profesor-investigador por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec y la Universidad Estatal del Valle de Toluca.

\*\*Maestro en Educación por la Universidad del Valle de México y Licenciado en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca.

## 1. El envejecimiento cuenta

El siglo XXI es el siglo del envejecimiento acelerado. El envejecimiento es el resultado de dos victorias de la humanidad: el aumento de la longevidad (una victoria sobre la muerte y la enfermedad gracias a la tecnología médica) y la disminución de la tasa de natalidad (el triunfo sobre la maternidad no deseada). El envejecimiento es global pero los procesos en los que se presenta son distintos en contextos diferentes: ya sea por distribución de edades cronológicas, estilos y calidad de vida, clases sociales y patrones socioculturales, entre otros.

El análisis del proceso del envejecer y su impacto a nivel individual y colectivo, no es un asunto de frivolidad académica, sino que es una cuestión de vida o muerte que compromete la sustentabilidad de la transición demográfica, la atención y control de enfermedades crónico degenerativas (transición epidemiológica), a las políticas sociales y a la sostenibilidad de las relaciones intergeneracionales (incluyendo el futuro de la familia).

En el año 2001 las personas de 60 años y más representaban el 6% de los 6 mil millones de habitantes en el mundo (ONU-División de Población, 2002). La proyección estima que las personas de edades avanzadas, aumentará aproximadamente a 2 mil millones para el 2050. Para desgracia de muchas instituciones no existe un modelo ideal de control que evite la existencia y el aumento de personas de edades avanzadas (empíricamente es imposible concebir un mundo sin ancianos).

En el caso de América Latina y el Caribe, la tasa de envejecimiento se está disparando vertiginosamente<sup>3</sup> lo cual está obligando a organismos regionales como es la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), por ejemplo, a lanzar serias recomendaciones a los gobiernos locales y comenzar a exigir políticas sociales que atiendan ese caso.

Hablar del envejecimiento en México significa reflexionar sobre el presente para prever y enfrentar el porvenir que, por cierto, nos está alcanzando sin aún estar preparados. México tiene una superficie de casi dos millones de Km<sup>2</sup>. Los análisis demográficos se ubican a principios del siglo XX.

**Cuadro 1.**  
**ALGUNOS INDICADORES DE LA EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO DE 1900-2000**

Acontecimientos	Año	Población (millones)	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortandad	Tasa de Crecimiento	%Urbano	%Rural
Inicio del siglo XX	1900	13.6	46.2	33.1	10.9	11	89
Principio de la Revolución	1910	15.6	41.9	47.4	5.1	12	88
Fin de la Revolución	1921	14.9	44.8	27.6	11.0	15	85
Estabilidad política	1930	16.9	44.0	24.4	17.2	18	82
Caída de la mortalidad	1940	20.3	44.6	20.3	25.8	20	80
Cúspide de la fecundidad	1960	35.6	44.3	10.1	34.3	37	63
Descenso de la fecundidad	1970	49.7	42.0	7.9	31.6	45	55
Fin del siglo XX	2000	99.2	22.8	4.4	15.0	66	34

Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1995), Ham (2003).

<sup>3</sup> Durante el 2006, la CEPAL elaboró una clasificación de los países de América Latina y el Caribe a partir de las diferencias que se registran en la evolución de la población. En el grupo de países con "envejecimiento incipiente" se encuentran Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, con una Tasa Anual de Envejecimiento (TAE) de 7%. Los países de "envejecimiento moderado" con Dominicana y México. A su vez, los países con "envejecimiento moderado avanzado" son Bahamas, Brasil, Chile, Trinidad y Tobago, Uruguay, Antillas Neerlandesas, Barbados, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico, con una TAE de 12% (CEPAL, 2006).

Los sucesos poblacionales y la dinámica política durante el siglo xx, estuvieron ligados a los cambios económicos. 1930 fue el punto de partida de la estabilidad política y del progreso económico. Fue una época de bonanza que se prolongó hasta mediados de 1960. Durante esos 35 años en México surgieron las instituciones públicas de salud más importantes en cuanto a su cobertura y calidad en los servicios [Instituto Mexicano del Seguro Social «IMSS» (1943) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado «ISSSTE» (1959)].

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, aparece el llamado Estado de Bienestar (que nace en Alemania durante el ascenso de Otto von Bismarck) y que en México se incubó logrando grandes aciertos en materia de seguridad social. Mientras que los procesos industriales hacían de la metrópoli el paradigma del progreso, la vida rural sufrió una desaceleración (que todavía continúa). Es en la década de 1980 donde México vivió un estancamiento en el crecimiento económico, las finanzas públicas y el desarrollo social gracias al desmantelamiento del Estado de Bienestar que elaboraron burócratas y tecnócratas embelesados por las directrices de la economía de mercado.

En el terreno de la salud, la investigación en materia de envejecimiento tuvo un auge significativo ya que en 1956, en la ciudad de México, tres años después del surgimiento de la Sociedad Suiza de Gerontología (1953) que fue la primera asociación formal a nivel mundial en dedicarse al trabajo gerontológico de corte empírico-asistencial, se llevó a cabo el Primer Congreso Panamericano de Gerontología, en el que participaron más de 55 expertos de diversos países. Una peculiaridad de ese Congreso es que el 90% de los temas planteados caían bajo el dominio de la geriatría y muy pocos en temas de rehabilitación, cuidados y redes de apoyo, arquitectura hospitalaria y roles familiares. Los métodos de análisis fueron con frecuencia aquellos utilizados por la medicina experimental y los aspectos epistemológicos de esas investigaciones tenían que ver con marcos conceptuales propios de las ciencias médico-biológicas (García, 2008).

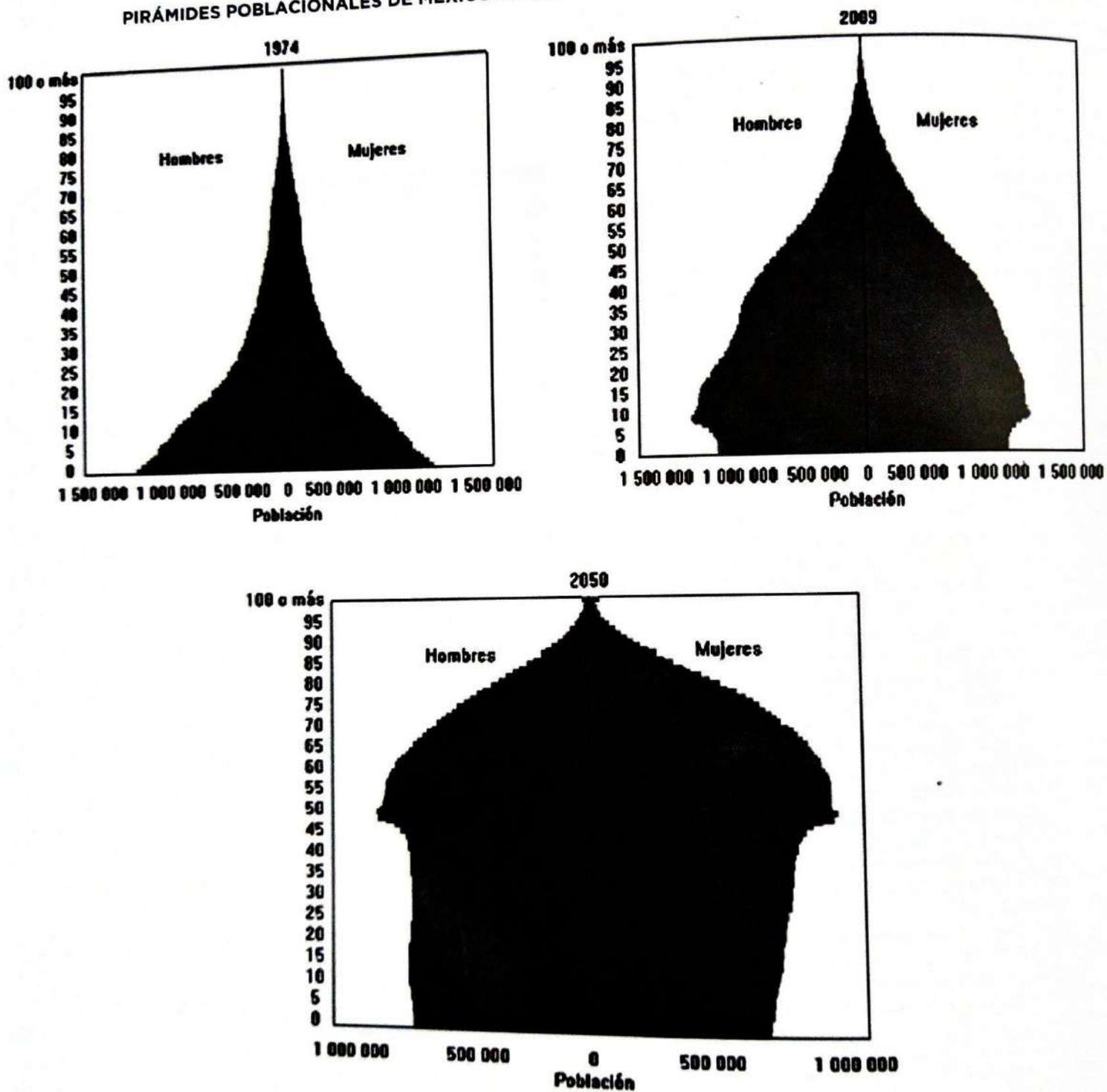
Actualmente mucho han cambiado, a menos en teoría, las perspectivas sobre el envejecimiento, sus métodos y técnicas de abordaje, pues conforme aumenta el grupo etario de personas de 60 años y más, sus necesidades se multiplican y la exigencia de estudiar la problemática gerontológica y geriátrica también se incrementa. Ante tales circunstancias, las respuestas multisectoriales, sociales y de los mismos afectados (como también de las generaciones pre-senectas), se están convirtiendo en prioridad inaplazable: lamentablemente en México aún no se cuenta con una política nacional de envejecimiento elaborada en términos de efectividad constitucional y prevención.

Las proyecciones demográficas señaladas por el CONAPO indican que a mediados de 2009 la población era de 107.6 millones de habitantes de los cuales 52.9% eran varones y 54.7% mujeres. Se estima que durante ese periodo nacieron 1.94 millones de individuos y fallecieron 527 mil, lo cual equivalía a

una tasa de crecimiento de 1.31 individuos por cada 100 habitantes (CONAPO, 2009). Se estima que mientras en 1974 había 2.3 millones de personas de 60 años y más en el 2009 alcanzaban los 8.8 millones. Para el 2050, habrá casi 25 millones, donde 41.1 serán varones y 58.9 mujeres.



Gráfico 1.  
 PIRÁMIDES POBLACIONALES DE MÉXICO EN RETROSPECTIVA Y PROSPECTIVA (1974, 2009, 2050).



Los impactos del envejecimiento calculados demográficamente, permiten inferir que las demandas de los grupos de edad avanzada vayan en incremento y se dirijan, por lo menos, a cinco áreas interconectadas entre sí: 1) salud: en los tres niveles de atención: medicina familiar, especialidades y rehabilitación; 2) protecciones sociales: esto debido a que la seguridad económica, es decir, las jubilaciones y pensiones tienden a desaparecer en el futuro mediato; 3) entornos propicios y favorables: medio ambiente, familia y desafíos ante la discriminación y violencia; 4) disposiciones residenciales: movilidad para cohabitar en residencias familiares u otro tipo de alojamientos, así como también tendencias migratorias y 5) educación: formación de profesionales en gerontología (Moreno y García, 2010).

La tendencia evolutiva de los grupos de edad muestra que las personas de edad avanzada se incrementan conforme pasan los años. El proceso de envejecimiento poblacional es inevitable y las demandas derivadas también lo son. Como bien se sabe, la tasa de fecundidad va en descenso, la tasa de mortandad va decreciendo, mientras que la esperanza de vida aumenta entre los mexicanos. En el "Cuadro 2" se observa claramente la evolución de los grupos de edad y las proyecciones para las próximas décadas:

**Cuadro 2.**  
**EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN MEXICANA POR GRUPOS DE EDAD DE 1950-2050**

Grupos de edad	1950	1970	1990	2000	2010	2030	2050
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0 - 14	41.76	46.21	38.30	33.00	28.44	22.09	19.30
15 - 59	52.61	48.17	54.90	59.90	62.87	62.15	56.36
60 y más	5.50	5.60	6.14	7.10	8.69	15.76	24.34

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos del CONAPO (1950), (1970), (1990), (1994).

**Nota:** La información corresponde a la hipótesis de fecundidad media para las décadas 2010, 2030 y 2050.

Ante el incremento inevitable de las necesidades es obvio que las ofertas pretendan ser lo más proporcional posible a las demandas públicas que han comenzado a preocupar a los actores políticos. Por eso es importante que investigadores y aquellos que toman las decisiones "entiendan las consecuencias del envejecimiento poblacional y la naturaleza de los procesos económicos y sociales que acompañan al envejecimiento" (Wong y Lastra, 2001: 519).

Las predicciones demográficas no solamente son datos numéricos vertidos en libros y conferencias. Más bien se trata de cuantificaciones que sirven para dos cosas: para medir consecuencias e impactos en todos los ámbitos de la sociedad y para interpelar a los agentes que deciden en las instituciones de que las cuestiones del envejecimiento y las problemáticas gerontológicas son una prioridad que deben ser incorporadas en planes de desarrollo y bienestar nacional (Moragas, 1991: 88-101).

En el 2000 el incremento de personas de 65 años y más, que fue de 4.8 %, pasará a 8.8 porcentual para el 2020 hasta llegar a 24.6% en el 2050: equivalente a 32 millones 524 mil adultos mayores. Paradójicamente, la tasa de personas jóvenes comenzó a descender desde 1980 ubicándose en un 45.1 porcentual, el cual descenderá en el 2020 a 22.0% y llegará hasta un 14.7% para el 2050.

También el "Cuadro 2" nos permite interpretar algunos datos en relación al llamado "bono demográfico" el cual es definido como la capacidad potencial que tiene un grupo de edad (en esta caso aquellos que están en el rango de 14 - 64 años) en cuanto a productividad e independencia. Ese grupo es el que, por razones de capacidades, habilidades y condiciones de salud más o menos óptimas (especialmente los jóvenes), idealmente son los que tienen mayores oportunidades en cuanto a desarrollo eco-

cobertura a 30.5 millones de personas<sup>7</sup>. Su población objetivo son niños(as), jóvenes y adultos, esencialmente. En el "Cuadro 3" se observa la distribución de beneficiarios por edades,

**Cuadro 3.  
BENEFICIARIOS DEL SEGURO POPULAR SEGÚN  
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD (2005)**

Edades	Población (%)	Seguro Popular (%)
0 10	21.8	27.7
11 20	20.7	24.1
21 30	18.2	11.7
31 40	14.8	13.5
41 50	10.8	9.5
51 60	6.6	5.9
61+	7.1	7.5

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos del CONAPO (2005).

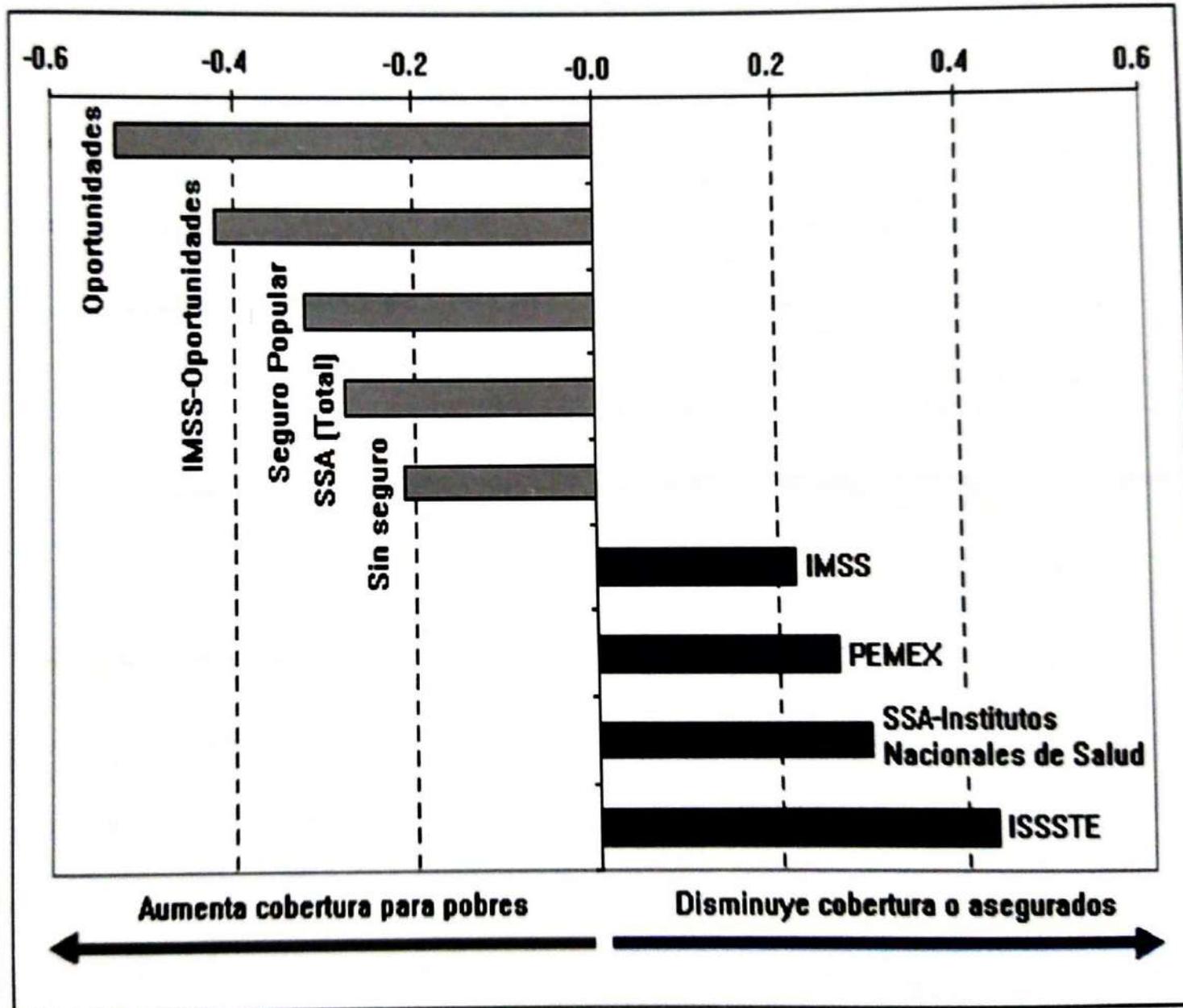
En el "Cuadro 3" los porcentajes son relativos aunque se puede observar que cuando la población total era de 100 millones de habitantes en 2005, el 7.1 por ciento eran personas de 61 años y más. Para ese año habían 6 millones aproximadamente de personas mayores de las cuales el 84 por ciento no contaba con alguna jubilación o pensión (García, 2003). Y de ese último porcentaje solamente el 7.5 estaba adscrito al Seguro Popular.

Aunque el Seguro Popular pretenda tener una "cobertura universal" en los servicios de atención, sin embargo mantiene una operatividad relativa: su pretensión de universalidad es parcial ya que sus esquemas de atención para personas de edad avanzada es extremadamente limitado. Las limitantes son por ausencia de modelos de prevención e intervención integral no sólo geriátrica sino también gerontológica y por escasez de recursos económicos recibidos (para el 2010 se ejercieron recursos por 142 mil millones de pesos para atención a la población de 60 años y más -8 por ciento menos a comparación de 2006-).

Actualmente no se cuenta con registros objetivos que indiquen el proceso de ingreso y deserción de derechohabientes longevos en los programas institucionales de salud pública. Conforme las personas envejecen, la demanda de servicios de salud aumenta y las ofertas se restringen. El "Gráfico 2" arroja indicadores de la población abierta incorporada en algún programa de salud para no asegurados. Ésta no cuenta con un trabajo formal (pensando en la población económicamente activa) ya sea en el sector público o el privado y que por lo tanto no están asegurados.

*Aunque el Seguro Popular pretenda tener una "cobertura universal" en los servicios de atención, sin embargo mantiene una operatividad relativa: su pretensión de universalidad es parcial ya que sus esquemas de atención para personas de edad avanzada es extremadamente limitado.*

Gráfico 2.  
 COEFICIENTES DE CONCENTRACIÓN DE USUARIOS POBLACIÓN ABIERTA Y ASEGURADOS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE SALUD BRINDADOS EN MÉXICO (2002, 2004, 2005, 2008)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2002, 2004, 2008); Scott (2005).  
 Nota: Solamente nos referimos a las instituciones de salud pública. No se mencionan a las del sector privado.

La insuficiencia de los programas de salud destinados hacia adultos mayores, experimenta no solamente rezagos en la cobertura, aumento de ese grupo etario, demanda de servicios y sesgos en las perspectivas sobre el envejecimiento y la vejez, sino también, aumento de las causales, incidencias y prevalencia de enfermedades. Hablar de la salud en adultos mayores significa atender las cuestiones epidemiológicas que están incrementándose y generando "gastos catastróficos"<sup>8</sup> en la familia.

El estado actual de salud en la población adulta mayor mexicana reporta que la prevención es menor a la incidencia y prevalencia de enfermedades. Los factores de riesgo cada día aumentan porque las personas envejecidas van perdiendo control sobre su salud. A eso le agregamos que las condiciones de vida están deteriorando sus estilos y calidad de vivir. Los gastos en atención médica y medicamentos se están convirtiendo en una causal del empobrecimiento acelerado y del incremento de la morbilidad (OPS, 1991; 2010).

Las personas mayores gastan más dinero (cuando se tiene) en salud porque las enfermedades se incrementan y se combinan de manera compleja.

En 1999 la Secretaría de Salud de México participó en un proyecto denominado "Encuesta SABE" (Salud, Bienestar y Envejecimiento), realizada en siete zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, Uruguay y México). Los hallazgos de enfermedades prevalentes en personas de 60 años y más obtenidos por la Encuesta SABE en las siete ciudades representativas fueron las siguientes:



<sup>8</sup> Se entiende por "gasto catastrófico" los desembolsos económicos no planeados que hacen las familias o el afectado para pagar servicios médicos o de salud poniendo en riesgo de empobrecimiento a los hogares. El gasto catastrófico es la combinación entre gasto en salud (GS), capacidad de pago (CP) y el ingreso financiero de los hogares (IFH). Entonces tenemos la siguiente ecuación:

$$IFH = GS/CP$$

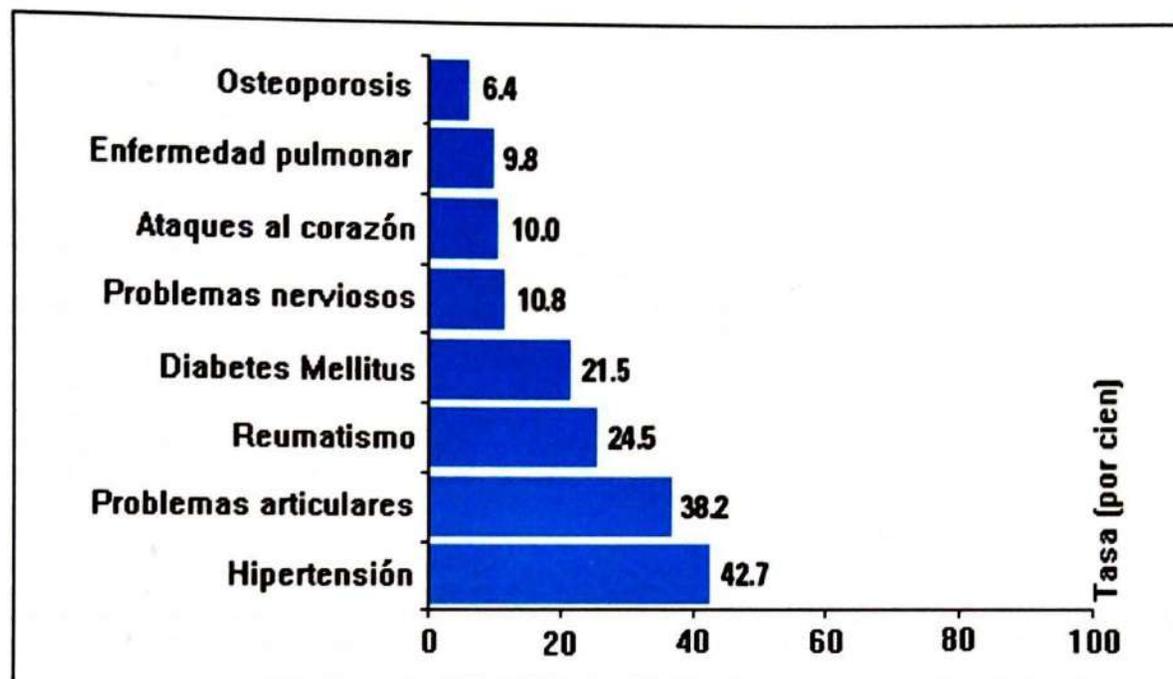
El IFH es importante para calcular el gasto catastrófico el cual se obtiene finalmente de la siguiente manera:

$$\text{Gasto catastrófico} = \frac{\text{Gasto mensual en la salud}}{\text{Recursos disponible}}$$

donde,

$$\text{Recursos disponibles} = \text{Gasto total} - (\text{Gasto en alimentos} + \text{Gasto en vivienda})$$

Gráfico 3.  
PRINCIPALES ENFERMEDADES REGISTRADAS POR LA ENCUESTA SABE (BUENOS AIRES,  
BRIDGETOWN, SAO PAULO, LA HABANA, SANTIAGO, MONTEVIDEO, CIUDAD DE MÉXICO)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Encuesta Sabe (1999-2000).

En el caso de México la Encuesta Sabe<sup>9</sup>, aunque sigue siendo un instrumento pertinente para las investigaciones cuantitativas, presenta serias limitantes en las variables generales que maneja. Por ejemplo, su composición, estructura y funcionalidad, nos permite obtener indicadores sobre la salud, las protecciones económicas y la dinámica intergeneracional en las familias, sin embargo, no contiene datos precisos sobre abandono, discriminación, violencia, suicidio y maltrato. Tampoco reporta la calidad de los servicios, ni mucho menos la situación jurídica de establecimientos o centros de alojamiento (Centros de Día, por ejemplo) que prestan algún tipo de

servicios a personas de edad avanzada. Observamos que también en materia de cuidados preventivos y prolongados (institucionales) no hay tampoco información suficiente.

La morbilidad de adultos mayores en México va en aumento y las tendencias de nuevos cuadros de enfermedades se van combinando entre sí de tal forma que ahora se habla de polipatologías permanentes. Eso ha generado que los servicios de atención hospitalaria, por ejemplo, tengan que adaptarse a nuevas demandas en cuanto al tratamiento de enfermedades. Según datos recopilados encontramos que los sistemas de salud han sido rebasados y la cobertura que ofrecen para adultos mayores es extremadamente exigua (Soria,

<sup>9</sup> La encuesta Sabe a diez años de su aplicación (2001-2011), sigue siendo un instrumento de diagnóstico central en materia de envejecimiento regional. Seguramente tendrá que haber revisiones, actualizaciones y mejoras en ella y, posiblemente, tendrá que replicarse en otras provincias y países para contar con monitoreos más confiables sobre las condiciones en las que nuestros países latinoamericanos y caribeños están envejeciendo.

1999; 2007). En efecto, se infiere que actualmente el peso y costo de las incapacidades, discapacidades y enfermedades en la vejez están recayendo en la familia con el riesgo de direccionar la problemática del envejecimiento al ámbito privado.

Las políticas de salud y envejecimiento en México aún no se han sensibilizado lo suficiente como para ejecutar planes y programas racionales y sustentables. Las instituciones y los actores políticos que deciden no logran comprender que sin una política pública en materia gerontológica, por ejemplo, las familias mexicanas estarán asumiendo "gastos catastróficos" que las conducirán al empobrecimiento. Si a eso le sumamos la precaria inseguridad social, los escenarios futuros sobre la vejez pueden hacerse "papilla". Tan sólo para ejemplificar una consecuencia del empobrecimiento del adulto mayor y de su familia, datos sobre la discapacidad en México informan que existe un incremento de adultos mayores discapacitados que son abandonados por familiares en alojamientos públicos que muchas veces operan de manera precaria.

Debe quedar muy claro que el proceso de envejecimiento se experimenta individual y colectivamente. En la presente investigación remarco la premisa central de que enfrentar el envejecimiento poblacional ha de hacerse desde las instituciones y las respuestas inevitablemente tienen que ser públicas: por eso la importancia de la salud pública.

De las enfermedades diagnosticadas y mal atendidas a la mortalidad existen sólo unos pasos de diferencia. Para obtener algunas mediciones sobre el comportamiento de la mortandad en México en el grupo etario de 75 años<sup>10</sup> y más, es importante señalar que las enfermedades crónico-degenerativas, si bien es cierto que han entrado a un umbral de aparente control (con esfuerzo de las familias, principalmente y de algunas redes de apoyo informal), sin embargo éstas se presentan de manera heterogénea según edades, género ("Cuadro 4"), clases sociales y entidades residenciales.

**Cuadro 4.**  
**CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE EN PERSONAS DE 75 AÑOS Y MÁS POR ORDEN DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS (1995-2005) Y ACONTECIDAS EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE MÉXICO**

Hombres	Mujeres
1. Enfermedades isquémicas del corazón	1. Diabetes <i>Mellitus</i>
2. Diabetes <i>Mellitus</i>	2. Enfermedades isquémicas del corazón
3. Tumores malignos	3. Tumores malignos
4. Enfermedades respiratorias	4. Enfermedades cerebro vasculares
5. Enfermedades cerebro vascular	5. Enfermedades respiratorias
6. Úlcera gástrica y duodenal	6. Deficiencias de nutrición
7. Neumonía e influenza	7. Accidentes (caídas y atropellamiento)
8. Accidentes (caídas y atropellamiento)	8. Neumonía e influenza
9. Deficiencias de nutrición	9. Úlcera gástrica y duodenal
10. Infecciones intestinales	10. Infecciones intestinales

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (1995; 2000; 2005, 2007).

<sup>10</sup> Es importante recordar que los 75 años de edad es el "corte estadístico" que se ha adoptado en el caso de México a partir de la cual se puede hablar de la "cuarta edad" y es también donde los problemas y las necesidades de salud comienzan a ser críticos en razón de la edad avanzada (Ham, 2003).

El cohorte establecido entre 1995 y 2000 apunta a que las principales causas de mortandad, impactaron la economía familiar de los afectados. En el "Cuadro 4" las primeras cinco enfermedades que están causando la muerte en hombres y mujeres son las que producen mayor estrago para los afectados y mayores desembolsos para las instituciones de salud en cuanto al tratamiento realizado, según el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001).

También en el "Cuadro 4" es importante resaltar que el tema de accidentes por caídas está incrementándose y se está convirtiendo en un problema para las familias y para las instituciones de salud, debido a que el uso de las prótesis (por ejemplo en el mercado de apoyos instrumentales) sus costos son caros y de poca durabilidad (sobre todo en adultos mayores que tienen problemas de obesidad). Su incosteabilidad desencadena abandono en los tratamientos y por ende cuadros de enfermedades cerebro vascular hasta llegar a la muerte. Lo mismo sucede con las enfermedades típicas como son problemas cardiovasculares y de diabetes mellitus, considera ésta última como la más preocupante, en cuanto al aumento de su incidencia, sus altos costos para las instituciones de salud y para las familias (González, 2007).

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud, en 2008, clasificó las necesidades prioritarias de los adultos mayores mexicanos en tres categorías, independientemente del género, basadas en el grado de discapacidad. La primera categoría, de alta discapacidad, incluye las caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis; la segunda categoría incluye las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad, como la enfermedad cerebrovascular, la nefritis y la nefrosis y la cardiopatía hipertensiva. La tercera categoría está constituida por las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por una muerte prematura, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el cáncer y neumonías. Ese estudio aclara que las demencias son un grave problema de discapacidad y deben ser atendidas en forma integral. A este respecto, en 2007 las afecciones demenciales eran la tercera causa de discapacidad en las mujeres mexicanas de la tercera edad y, para los hombres, ocupaban el quinto lugar.

Otro problema que se cierne en las cuestiones sobre salud y envejecimiento, es que no se cuentan con registros actualizados que den cuenta sistemática y constantemente sobre los procesos de transición epidemiológica. Como muestra de eso es la Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México habilitada por el CONAPO en 1994 y 1997. Hasta la fecha, se siguen utilizando y reinterpreto sus informes.

A través de una interpretación de resultados arrojados por la Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento y la Encuesta SABE, se detectó que los problemas de adicciones tales como tabaquismo y alcoholismo son mayores en hombres ancianos que en mujeres (SSA, 2000). Desde una perspectiva de género es mayor la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres, pero su salud está más deteriorada que la del hombre por

muchas razones. Por ejemplo, una nutrición deficiente, poca atención en su salud reproductiva, violencia doméstica y condiciones de vida difíciles, todo lo cual se exacerba después de la menopausia, donde hay mayores riesgos de tener cáncer de mama y cervical, así como osteoporosis. A la condición de mujer anciana se agrega la pobreza, la soledad y el abandono. En cuanto a las limitaciones fisiológicas se identificaron las siguientes enfermedades que provocan incapacidad y discapacidad.

La insuficiente cobertura ofrecida por las diferentes instituciones de salud en cuanto a la atención de enfermedades de adultos mayores, se está convirtiendo en una situación de riesgo social incalculable para los próximos años. El incremento del envejecimiento poblacional, el aumento de expectativa de vida, el aumento de las comorbilidades, las contradicciones de clases sociales, de residencia<sup>11</sup>, el descenso de la seguridad social y económica, están poniendo en serios riesgos no solamente la calidad de vida de los adultos mayores presentes, sino se está liquidando cualquier proyecto que tenga que ver con el empoderamiento, el desarrollo sostenible y con la responsabilidad intergeneracional.

En suma, las cuestiones del envejecimiento exigen respuestas públicas del Estado. Se corre el riesgo de que los problemas del envejecimiento se reduzcan a problemas privados o domésticos: una concepción institucional deficitaria sobre la vejez implica que el Estado no asuma sus responsabilidades sociales (García, 2006). Lo peor es que en la vida cotidiana esa perspectiva deficitaria va ganando terreno y se piensa que los predicamentos sobre

<sup>11</sup> Tan sólo por indicar un tema posible, urgente y necesario a investigar en gerontología es la cuestión de arreglos residenciales y envejecimiento. Seguramente que los análisis epidemiológicos serán de suma importancia para diagnosticar y comparar, por ejemplo, que el envejecimiento rural desarrolla ciertas morbilidades diferentes en relación a un envejecimiento urbano. Eso tiene que ver con estilos de vida, determinantes culturales y rezagos económicos. Para ejemplificar lo indicado en Chiapas las causas de enfermedad y muerte de adultos mayores son cáncer de estómago, tuberculosis mal definidas, diarrea, gastroenteritis infecciosa y desnutrición. Mientras que el promedio regular de los habitantes de edad avanzada en Nuevo León, las comunes entre hombre y mujeres son diabetes, hipertensión, hepatitis, enfermedades pulmonares y renales (CONAPO, 1994; OMS, 2007).



12 Vid. [http://es.wikipedia.org/wiki/Estado\\_de\\_M%C3%A9xico](http://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_M%C3%A9xico).

13 La Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomendó, desde 1983, que la tercera edad se iniciara a los sesenta años; al mismo tiempo, definió el envejecimiento demográfico como el incremento de la población de edad avanzada y la disminución de la proporción de niños y jóvenes. De acuerdo con estos criterios, se considera a una población como vieja cuando más de siete por ciento de sus miembros tienen sesenta y cinco años, y más de diez por ciento, sesenta. La proporción mundial de población de sesenta años y más se incrementó de 9.2 por ciento en 1990 a 10 por ciento en 2000. Según las proyecciones se espera un incremento de 14 por ciento en el año 2025 (Morgan, Leslie y Suzmanne, Kunkel, (1998). *Aging the Social Context*, California University Press, California).

14 Diagnóstico Municipal de Salud, (2010), Ocoyoacac, Jurisdicción Xonacatlan, Gobierno del Estado de México.

15 Vid. <http://dianoportal.com/2010/12/29/edomex-pronto-sera-la-entidad-con-mas-poblacion-mayor-de-60-anos-del-pais-uam/>.

el envejecimiento le competen únicamente a la familia o a las asociaciones filantrópicas.

La falta de visión sobre el envejecimiento poblacional de los actores políticos y la poca seriedad con la que se abordan las temáticas sobre la vejez en México, constituyen los obstáculos centrales para implementar una política gerontológica acorde a la prevención, la investigación y la satisfacción de las necesidades.

### 3. Intermezzo: inducción a un diagnóstico sociosanitario en Ocoyoacac, Estado de México

El Estado de México es el tercer estado de la República que tiene en su estructura poblacional más envejecida. Cuenta con una superficie total de 22,499 km<sup>2</sup> y una población de 15,175.862 habitantes. Su capital es Toluca de Lerdo. El estado se regionaliza en 12 regiones, cada una con su respectiva cabecera regional. De la población total del estado, 312,319 habitantes hablan una lengua indígena de los cuales 150,741 son de sexo masculino y 161,578 son de sexo femenino. De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda (2005) el porcentaje de población de 5 años y más que practica predominante el culto católico con un porcentaje de 93,5 por ciento y el 7,0 por ciento restante practica otros cultos y el 0.5 por ciento no cree en ninguna religión<sup>12</sup>.

Por su parte, Ocoyoacac, nombre náhuatl que significa "en la nariz del *ocoquahuitl* u *ococuahuitl*" o simplemente "tea, raja o astilla de pino y ocote para alumbrar la noche", es uno de los 125 Municipios del estado de México. Cuenta con una superficie de 134,71 km. y comprende la cabecera municipal con sus barrios, cinco pueblos y veintidós colonias. Tiene una población de 61.805 habitantes. Es catalogada como zona semiurbana (pues rebasa los 15,000 habitantes: cifra umbral que divide lo urbano de lo rural) aunque en su infraestructura y dinámica productiva, sea catalogada como zona en "vías de desarrollo". Tiene una tasa de envejecimiento<sup>13</sup> moderado de 0.9 anual y cuenta con un grupo etario de 60 años y más de 2,668<sup>14</sup>. Para el 2025, aquellos que están entre los 35-45 años de edad, serán quienes engrosen la población de 60 años y más.

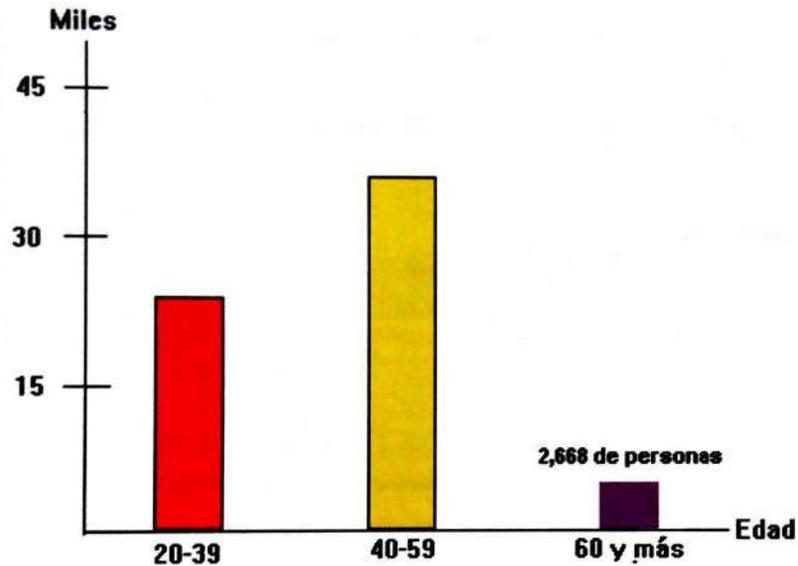
#### 3.1 Tendencia poblacional y dinámica social

El 45 por ciento de su población pertenece al sector rural y el 20 por ciento al sector semiurbano. La tasa de envejecimiento en el Estado de México es de 0.9 por ciento anual, es decir por cada 10 personas 2 son mayores de 60 años. Del la población total de 60 años y más, el 12 por ciento viven en territorio mexiquense<sup>15</sup>.

Es importante resaltar que otro fenómeno social que está acelerando que Ocoyoacac se convierta en un municipio de ancianos y ancianas, es el acelerado proceso migratorio de jóvenes hacia Estados Unidos. Significa que los abuelos se harán cargo del cuidado de los niños. Esa situación generará necesi-

dades a satisfacer que si no se previene, por ejemplo, con la creación de la Licenciatura en Gerontología, pone en riesgo la sustentabilidad del municipio y, sobre todo, vulnerará la calidad de vida de la población envejecida y de las familias en general.

**Gráfico 4.**  
**DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR EDADES 20-60 AÑOS Y MÁS (OCOYOACAC)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Diagnóstico Municipal de Salud, Ocoyoacac (2010).

En cuanto a la estructura educativa de Ocoyoacac encontramos que 17,493 personas cuentan con estudios de primaria; 6,843 con nivel profesional y 297 con estudios de posgrado. Aunque se observa que la tendencia educativa es positiva en cuanto al grupo etario de 6-45 años de edad, sin embargo, se observa un rezago de instrucción educativa en la población de 55-65 años y en personas de 66 años y más se encuentran en situación de analfabetismo.

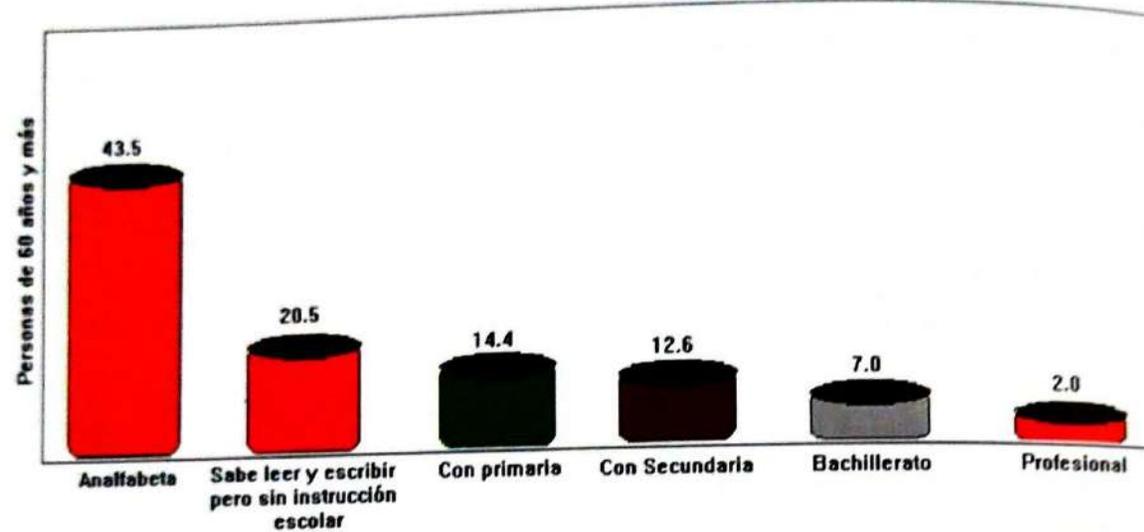
---

*La tasa de envejecimiento en el Estado de México es de 0.9 por ciento anual, es decir, por cada 10 personas 2 son mayores de 60 años.*

---

Gráfico 5.

## NIVEL EDUCATIVO DE PERSONAS DE 60 Y MÁS EN OCOYOACAC (PORCENTAJES).



Fuente: Elaboración propia con base en datos de INEA (2005); OCDE (2008); INEGI (2009).

Como podemos observar en el "Gráfico 5", el nivel de instrucción educativa en Ocoyoacac, es bajo en comparación con otros municipios del Estado de México, por ejemplo Cuatitlán Izcalli, donde la población de adultos mayores con nivel de bachillerato es de 29 por ciento en comparación con Ocoyoacac que es de 7 por ciento. En este último Municipio, las condiciones educativas definen también el nivel de calidad de vida, es decir, ante la escasa instrucción educativa, mayor es la desinformación sobre medidas preventivas en la salud<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> El diagnóstico municipal de salud realizado por la Secretaría de Salud del Estado de México, indica que el problema del analfabetismo en Ocoyoacac, "afecta entre otras- a las fuentes de ingresos ya que las actividades a que tienen acceso son poco remuneradas y sus estilo de vida están relacionados con malos hábitos alimenticios e higiénicos, incrementándose los riesgos para la salud".

### 3.2 Determinantes epidemiológicas y servicios de salud

Según el Diagnóstico Municipal de Salud de Ocoyoacac, realizado por la Secretaría de Salud del Estado de México (2010), contiene datos relevantes sobre las transiciones epidemiológicas y demográficas del Municipio de Ocoyoacac. El análisis a partir de rangos de edad, el contexto económico, las morbilidades prevalentes, enfermedades infecciosas, esperanzas de vida de la población e indicadores de mortandad asociados a las enfermedades patológicas y crónico degenerativas, representan las variables centrales de dicho Diagnóstico.

En lo referente al reporte epidemiológico de personas adultas mayores (60 años y más), el balance socio-sanitario reportado se basa en el estudio de tres variables: 1) enfermedades isquémicas del corazón; 2) enfermedades cerebro-vasculares; 3) diabetes mellitus. Las tres son utilizadas para indicar sus impactos en cuanto a mortandad producida.

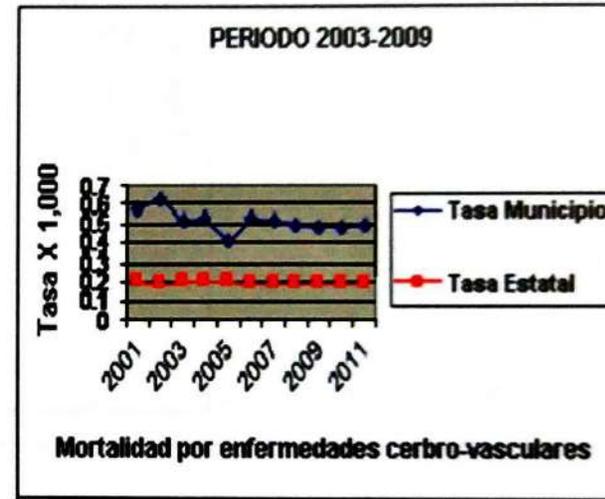
Por ejemplo, la mortalidad cardiovascular presenta un comportamiento irregular descendente: en 2002 se presenta la tasa más alta de 79.02 por ciento. Para el 2003 de 62.8 por ciento (presentando un descenso considerable en el 2005 con una tasa del 33.94 por ciento). En el 2006 desciende hasta 3.54 por ciento; en el 2007 aumenta a 35.41 por ciento y en el 2008 desciende un poco a 24.32 por ciento.

Por su parte la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares muestra un comportamiento también descendente en

1999 fue de 97.9 por ciento; en el 2000 de 95.0 por ciento; en 2001 57.7 por ciento; en el 2002 la tasa aumenta a 62.8 por ciento, sin embargo, para el año 2003 se presentan 4 defunciones con una tasa de 51.1 por ciento. Para el 2005 se reporta el 19.65 por ciento y para el 2008 8.69 por ciento por cada 100, 000 habitantes.

A continuación vemos los siguientes gráficos sobre la mortandad provocada por isquemias en el corazón y las cerebro-vasculares.

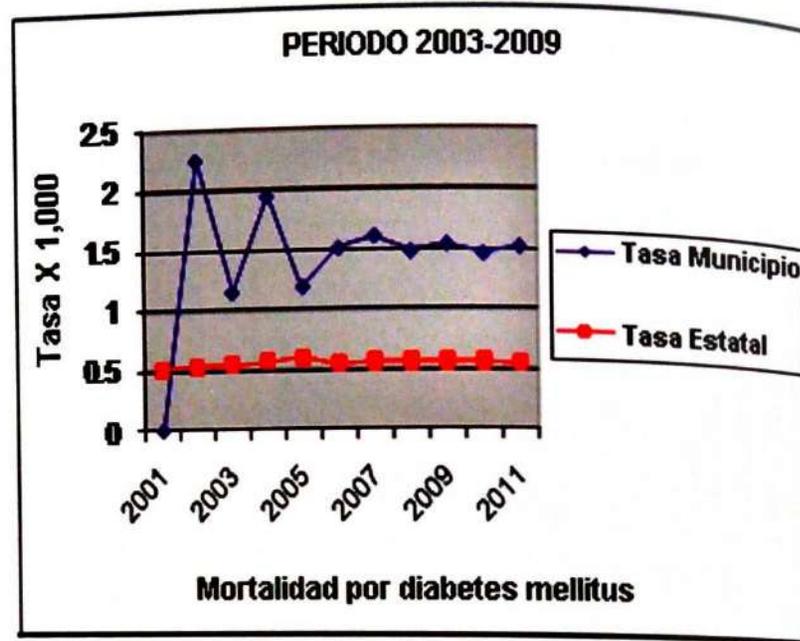
Gráfico 6. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS Y CEREBRO-VASCULARES EN OCOYOACAC



Fuente: Diagnóstico Municipal de Salud, Ocoyoacac (2010).

En cuanto al reporte que arroja el Diagnóstico Municipal de Salud de Ocoyoacac, el reporte de defunciones provocadas por la diabetes es el siguiente: la mortalidad por diabetes mellitus presenta un comportamiento irregular, en 2002 se reporta la tasa más alta de 226.0 por ciento y la más baja en el 2001 de 159.2 por ciento. Para el 2003 fue de 115.0 por ciento por cada 100, 000 habitantes, con un total de 9 defunciones; su comportamiento es irregular hasta el año de 2005 donde se presenta una tasa del 94.67. Finalmente en el 2008 se hace regular por lo que se continuara con las acciones de educación a la salud, prevención, detección y manejo oportuno de esta enfermedad los grupos de ayuda mutua (para nuestro caso los recursos humanos formado en gerontología constituyen un excelente capital profesional de apoyo e intervención).

Gráfico 7.  
MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN OCOYOACAC

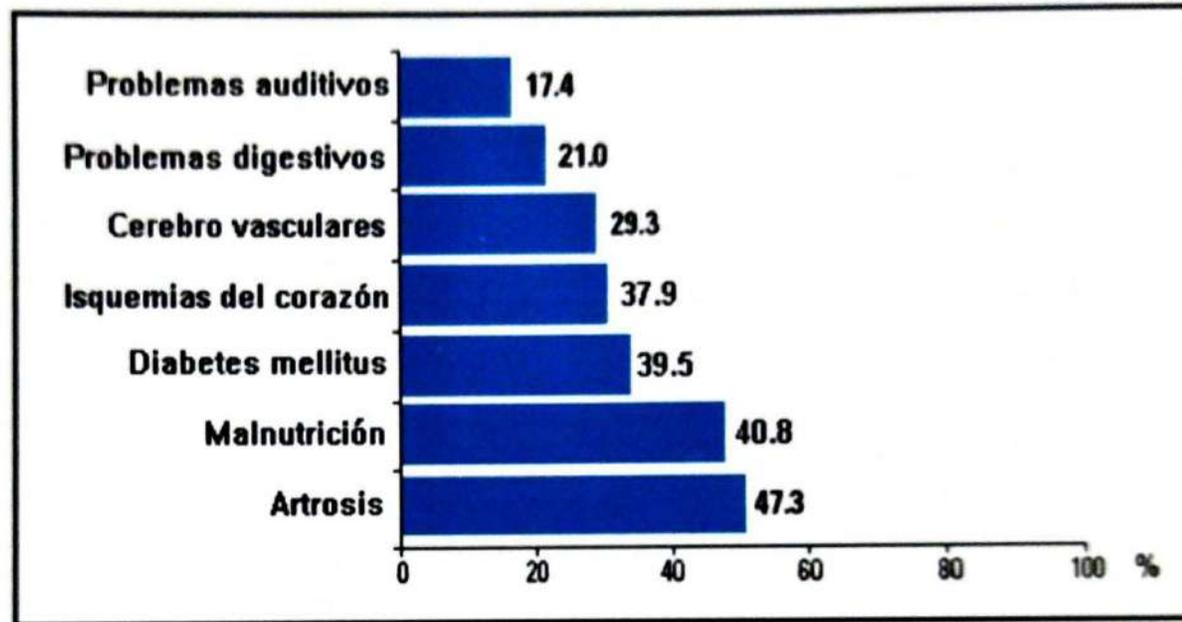


Fuente: Diagnóstico Municipal de Salud, Ocoyoacac (2010).

Realizando una serie de interpretaciones sobre datos y estadísticas obtenidas por la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001), el Informe Técnico de la Secretaría de Salud del estado de México (SSA-EM, 2007), INEGI (2009) y Diagnóstico Municipal de Salud, Ocoyoacac (2010) encontramos que la situación de salud de los adultos mayores ocoyoaquenses es la siguiente:



Gráfico 8.  
INDICADORES SOBRE PATOLOGÍAS Y ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS  
EN PERSONAS DE 60-75 AÑOS, OCOYOACAC (2000-2010)



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de ENASEM (2001); (SSA-EM); INEGI (2010); Diagnóstico Municipal de Salud, Ocoyoacac (2010).

En cuanto a la accesibilidad en las instituciones de salud, la población adulta mayor sufre de rezagos. Pues tan sólo 36,816 del total de la población es derechohabiente: 17,838 se concentra en el IMSS y 2,914 en el ISSSTE. Son 24,612 las personas que no son derechohabientes. En cuanto a los adultos mayores, el 72.5 por ciento no cuenta con seguridad económica (pensión o jubilación).

Un problema que en Ocoyoacac se debe abordar, es la casi inexistencia de servicios de atención a la salud (en los tres niveles de atención) para adultos mayores y la exigua plantilla de profesionales para su atención. El siguiente cuadro reporta tal deficiencia en los esquemas de servicios de salud:

---

*...a los adultos mayores, el 72.5 por ciento no cuenta con seguridad económica (pensión o jubilación).*

---

**Cuadro 5.**  
**INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN OCOYOACAC (2010)**

Ocoyoacac Estado de México		Cantidades	
Servicios de salud			
Población derechohabiente, 2010		36,816	8,811,664
Población no derechohabiente, 2010		24,612	6,128,990
Derechohabientes en el IMSS, 2010		17,838	4,473,887
Derechohabiente en el ISSSTE, 2010		2,914	1,023,277
Personal médico, 2009		19	16,954
Personal médico en instituciones de seguridad social, 2009		2	7,616
Personal médico en el IMSS, 2009		0	5,439
Personal médico en el ISSSTE, 2009		1	425
Personal médico en otras instituciones de seguridad social, 2009		1	1,752
Personal médico en instituciones de asistencia social, 2009		17	9,338
Personal médico en Secretaría de Salud del Estado, 2009		15	7,794
Personal médico en otras instituciones de asistencia social, 2009		2	1,544
Unidades médicas, 2009		9	1,753
Familias beneficiadas por el Seguro Popular, 2009		1,545	252,943

Fuente: INEGI (2010).

La insuficiencia de los programas de salud destinados hacia adultos mayores en Ocoyoacac, experimenta no solamente rezagos en la cobertura, aumento de ese grupo etario y demanda de servicios y sesgos en las perspectivas sobre el envejecimiento y la vejez, sino también, aumento de las causales, incidencias y prevalencia de enfermedades. Hablar de la salud en adultos mayores significa atender las cuestiones epidemiológicas que están incrementándose y generando "gastos catastróficos" en la familia.

El estado actual de salud en la población adulta mayor ocoyoacuense reporta que la prevención es menor a la incidencia y prevalencia de enfermedades. Los factores de riesgo cada día aumentan porque las personas envejecidas van perdiendo control sobre su salud. A eso le agregamos que las condiciones de vida están deteriorando sus estilos y calidad de vivir. Los gastos en atención médica y medicamentos se están convirtiendo en una causal del empobrecimiento acelerado y del incremento de la morbilidad.

Indudablemente que la transición demográfica y el envejecimiento poblacional vienen tomados de la mano con la transición epidemiológica. Las personas mayores gastan más dinero (cuando se tiene) en salud porque las enfermedades se incrementan y se combinan de manera compleja.

#### 3.4 Pertinencia del gerontólogo a partir de las necesidades sociales y de salud en Ocoyoacac

Ante tales circunstancias, la Licenciatura en Gerontología y, en particular, el gerontólogo, representan un capital sustantivo para la región, es decir, pueden contribuir de manera eficaz, eficiente y profesional a diagnosticar, evaluar prevenir e intervenir en los predicamentos sobre el envejecimiento que se avencinan en el estado de México y en Ocoyoacac concretamente. Sin inversión en la educación y en la investigación no es posible satisfacer las necesidades materiales que se ciernen en toda estructura social.

Desde el punto de vista económico, en Ocoyoacac el 68.5 por ciento de las personas de 60 años y más se dedicaron o dedican a las labores comerciales, agrícolas y de pastoreo. Aproximadamente el 45 por ciento que comprenden el rango de 60-70 años, ejerce una vida independiente en su quehacer diario.

Eso posibilita que con programas o "modelos de intervención gerontológica"<sup>17</sup> se atienda la faceta de la rehabilitación o integración social y familiar del adulto mayor en actividades productivas. Los proyectos productivos en el adulto mayor en Ocoyoacac pueden ser un nicho altamente benéfico, en términos de salud y bienestar social.

La actividad económica se divide de la siguiente manera 22.0 por ciento es empleado en la industria u otros oficios profesionales; 38.2 por ciento al comercio formal. Mientras que el 25.8 por ciento al pastoreo y la agricultura; el 10.0 por ciento a labores de oficinas o trabajadores del gobierno y el 4 por ciento restante a otras actividades. En los últimos 10 años, Ocoyoacac tuvo un aumento considerable en su producto interno bruto (PIB): mientras que en el 2000-2005 creció 1.2 por ciento anual, entre 2006-2011 fue de 3.9 por ciento<sup>18</sup>. La tasa de crecimiento económico se ha debido a la transición demográfica en donde los adolescentes se han sumado al mercado laboral. Eso ha generado el aumento de las contribuciones fiscales, por ejemplo. De la misma manera, el tamaño promedio de los hogares en Ocoyoacac creció 4.5 por ciento.

En síntesis, se puede indicar que la participación del gerontólogo en Ocoyoacac será de alta utilidad social ya que, además de desarrollar actividades de campo, contribuirá con personal profesional que servirá de apoyo a las instituciones de salud que los requieran. De la misma manera, las instituciones de corte asistencial se verán beneficiadas con el gerontólogo. No haciendo menos al sector educativo y a la investigación que son dos niveles estratégicos donde el gerontólogo pondrá a prueba sus conocimientos y habilidades para saber responder a las necesidades reales de la población presenecta y adulta mayor de Ocoyoacac y municipios aledaños.



<sup>17</sup> Se entiende por modelo de intervención gerontológica, un conjunto de evaluaciones, ideas, herramientas y procesos planificados, orientados a detectar necesidades e intervenir con respuestas favorables que contribuyan al empoderamiento de la calidad de vida del adulto mayor. Los modelos de intervención se refieren a maximizar la autonomía, la autorrealización, la dignidad, la salud y el bienestar, tanto biológico, psicológico y social del adulto mayor.

<sup>18</sup> La Secretaría de Hacienda y Crédito Público en su informe de 2009-2010, presenta un diagnóstico situacional económico por estado y municipio. Dicho diagnóstico informa que en lo que se refiere a Ocoyoacac, el índice de crecimiento económico aumentó 5 por ciento en tan sólo 5 años en comparación al aumento registrado entre 1990-2005. La nota central de ese crecimiento económico es debido al crecimiento poblacional de la región, entre otros factores.



## Conclusiones

La Licenciatura en Gerontología proporcionará a la Universidad Estatal del Valle de Toluca un perfil educativo de alto impacto social, comunitario, cultural, en la salud, en lo familiar y en lo económico. Los estudios gerontológicos representan a nivel mundial uno de los paradigmas profesionales más atractivos y de alta responsabilidad social. La oferta de la carrera se dirige hacia la docencia, la investigación los servicios, el planeamiento y la gestión.

El análisis del proceso del envejecer y su impacto a nivel individual y colectivo, no es un asunto de frivolidad académica, sino que es una cuestión de vida o muerte que compromete la sustentabilidad de la transición demográfica, la atención y control de enfermedades crónico degenerativas (transición epidemiológica), a las políticas de seguridad social y a la sostenibilidad de las relaciones intergeneracionales (incluyendo el futuro de la familia).

La gerontología, como disciplina científica, estudia los procesos del envejecimiento humano (desde una perspectiva social y biopsíquica), examina y explica las diferentes perspectivas culturales con las que se aborda el tema de la vejez e interviene, a través de planes, programas y modelos, procurando y coadyuvando al bienestar del adulto mayor.

La gerontología, por ser una disciplina abierta a otros campos del saber, colabora con la demografía, las ciencias biomédicas (con la geriatría, por ejemplo), las ciencias sociales, con la arquitectura y la tecnología, entre otras, para buscar respuestas integrales que contribuyan no solamente a entender los problemas del envejecimiento, sino también a intervenir en los problemas concretos de la población envejecida y así promover su desarrollo y bienestar individual y colectivo.

## Bibliografía

- Banco Mundial, (2009), *Latinoamérica más allá de la crisis; impactos, políticas y oportunidades*, Nueva York, Nueva York.
- CEPAL, (2006), "La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad", Santiago de Chile.
- CONAPO, (2001), (2005), (2009), México.
- CONEVAL, (2007), (2009), México.
- Diagnóstico Municipal de Salud*, (2010), Ocoyoacac, Jurisdicción Xonacatlán, Gobierno del Estado de México.
- ENASEM, (2001).
- Frenk, Julio, (1997), "La salud de la población. Hacia una nueva salud pública", en *La respuesta social organizada: los sistemas de salud*, Fondo de Cultura Económica, México.
- García, Ramírez, J. Carlos, (2003), *La vejez. El grito de los olvidados*, Plaza y Valdés, México.
- \_\_\_\_\_, (2008) "Hacia una fundamentación científica de la gerontología", en *Revista Praxis Sociológica*, Universidad de la Mancha, Murcia.
- González González, Norma, (2007), "La atención no hospitalaria de la salud. El caso de la diabetes mellitus tipo 2", en *Pobreza y salud en el Estado de México. La atención no hospitalaria de la diabetes*, Porrúa, México.
- Ham-Chande, Roberto, (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, Porrúa-El colegio de la Frontera Norte, México.
- INEA, (2005), "Balance sobre desarrollo educativo por regiones", México.
- INEGI, (2010).
- Lustig, Nora y Székely, Miguel, (1997), *México: Evolución económica, pobreza y desigualdad*, Ediciones del Banco Mundial, Washington, D.C.
- Moragas Moragas, Ricardo, (1991), *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona.
- Moreno Moreno, M. Jesús y García Ramírez, J. Carlos, (2010), "Formación de profesionales a favor de la vejez", en *Por una cultura del envejecimiento*, INAPAM-Secretaría de Desarrollo Social, México.
- Morgan, Leslie y Suzmanne, Kunkel, (1998), *Aging the Social Context*, California University Press, California
- North, Douglass, (1993), *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, FCE, México.
- Scott, John, (2006), "Seguro Popular Incidence Analysis", en *Decentralized Service Delivery for the Poor*, Banco Mundial, Noviembre, Washington, D.C.
- OCDE, (2008), "Reporte sobre esquemas y desarrollo educativo para América Latina", Paris.
- OMS, (2007), "Informe técnico de salud y envejecimiento", Washington, D.C.
- OPS, (2001), "Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe", Informe Preliminar, Washington, D.C.
- SABE «Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe» (2001), Organización Panamericana de la Salud, Ginebra.
- SSA-EM, (2007), "Informe Técnico de la Secretaría de Salud del estado de México", México.
- Soria, Víctor, (1999), "Las tendencias privatizadoras en los servicios de salud y seguridad social en México: una estrategia para la regulación de la pobreza", en *México: trabajadoras, trabajadores y sindicatos*, DCSH-Universidad-Autónoma Metropolitana-I, México.
- Wong, Rebeca y Lastra, María, (2001), "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado", en *Estudios demográficos y urbanos*, El Colegio de México, México.

# Horizontes



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA  
**enGRANDE**



Hen  
C6h  
201