



MÉXICO envejece: perfil demográfico actual

Ma. Esther Lozano Dávila, Javier Alfredo Calleja Olvera,
Yolanda Osio Figueroa y Érica Tania Chaparro González

Hoy es claro que para México la vejez está a la vuelta de la esquina y que, según datos de la Secretaría de Salud, las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980 ingresarán al grupo de 60 años y más para el año 2020, lo que se reflejará en un aumento de adultos mayores en las próximas décadas.

La pirámide poblacional de nuestro país –la distribución de la población de acuerdo con su edad– ha cambiando de manera inusitada en los últimos años. México, de haber tenido una población joven y en crecimiento, paulatinamente se ha ido transformando en una población envejecida. El resultado de esta tendencia será una cantidad cada vez mayor de personas adultas mayores.

Esta recomposición del perfil demográfico, caracterizada por la disminución del porcentaje de personas menores de 15 años y un aumento de la población en edad laboral, modificará en el corto y mediano plazos la forma de vida de los mexicanos (Azuara, 2005).

La modificación del perfil demográfico descrita se debe a muchos esfuerzos realizados tanto en el ámbito de la salud como en otras áreas. Gran cantidad de las acciones que se llevaron a cabo en el área de la salud en las décadas pasadas lograron que México transitara de ser un país con tasas de natalidad y mortalidad elevadas a uno con aumento en la esperanza de vida al nacer y una mortalidad infantil cada vez menor. El mejoramiento paulatino de las condiciones de vida de los mexicanos es resultado de prácticas diversas, como saneamiento de pueblos, vacunación, mejoras en la nutrición, incremento en el acceso a los servicios de salud, mejor vivienda y educación, etcétera.

Otra práctica que sin duda contribuyó a la paulatina disminución de la tasa de fecundidad fue el creciente uso de métodos de planificación familiar. El viejo lema



“la familia pequeña vive mejor”, al parecer tuvo sus mayores alcances en la década de los ochenta y noventa. De entonces a la fecha, la esperanza de vida al nacer se ha modificado sustancialmente, pasando de 71.20 años, en 1990, a 76.63, en el 2010; y se proyecta, según el Consejo Nacional de Población (Conapo), que para el año 2050 aumente a 81.29 años, lo que refuerza el hecho de que la sociedad mexicana estará constituida en una buena parte por personas adultas mayores (Centro de Documentación, Información y Análisis, 2006; Consejo Nacional de Población, 2010; véase Cuadro I).

Si bien es cierto que el aumento de la esperanza de vida al nacer es resultado de una serie de factores diversos, y que la disminución de la mortalidad es en gran parte reflejo de mejoras en las condiciones de vida de los pueblos, también hay que mencionar que el descenso de la tasa de fecundidad y de natalidad ocasiona la reducción de la población joven del país, lo que contribuye al crecimiento paulatino del número de personas adultas mayores en México. Si revisamos la Gráfica 1, el crecimiento natural de la población ha disminuido

de 2.33, en 1990, a 1.28, en 2010, y se estima que para 2050 esté en 0.12, aparejándose con el descenso global de la tasa de fecundidad (Consejo Nacional de Población, s/f; Ham Chande, 1999; véase Gráfica 1).

En México, el envejecimiento poblacional tendrá que ser estudiado a conciencia, y se tendrán que planear oportunamente las estrategias para su atención, ya que la forma de envejecer del pueblo mexicano es del todo diferente a la de los países europeos, que ya han transitado por el mismo fenómeno pero con matices socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud diferentes (Consejo Nacional de Población, s/f).

Feminización del envejecimiento en México

Otra de las características del envejecimiento poblacional en México es la feminización de la población de personas adultas mayores. Esto, en principio, puede explicarse de acuerdo con la esperanza de vida por género, que presenta características diferentes y tácitas. En los países desarrollados, la esperanza de vida de las mujeres (en promedio 77.6 años) es superior en aproximadamente cinco años con respecto a la de los varones (73.1 años; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005).

Independientemente de que pudiera pensarse que las mujeres simple y llanamente son más longevas que los hombres, po-

Cuadro 1. Proyecciones de los indicadores demográficos básicos en México, 1990-2050

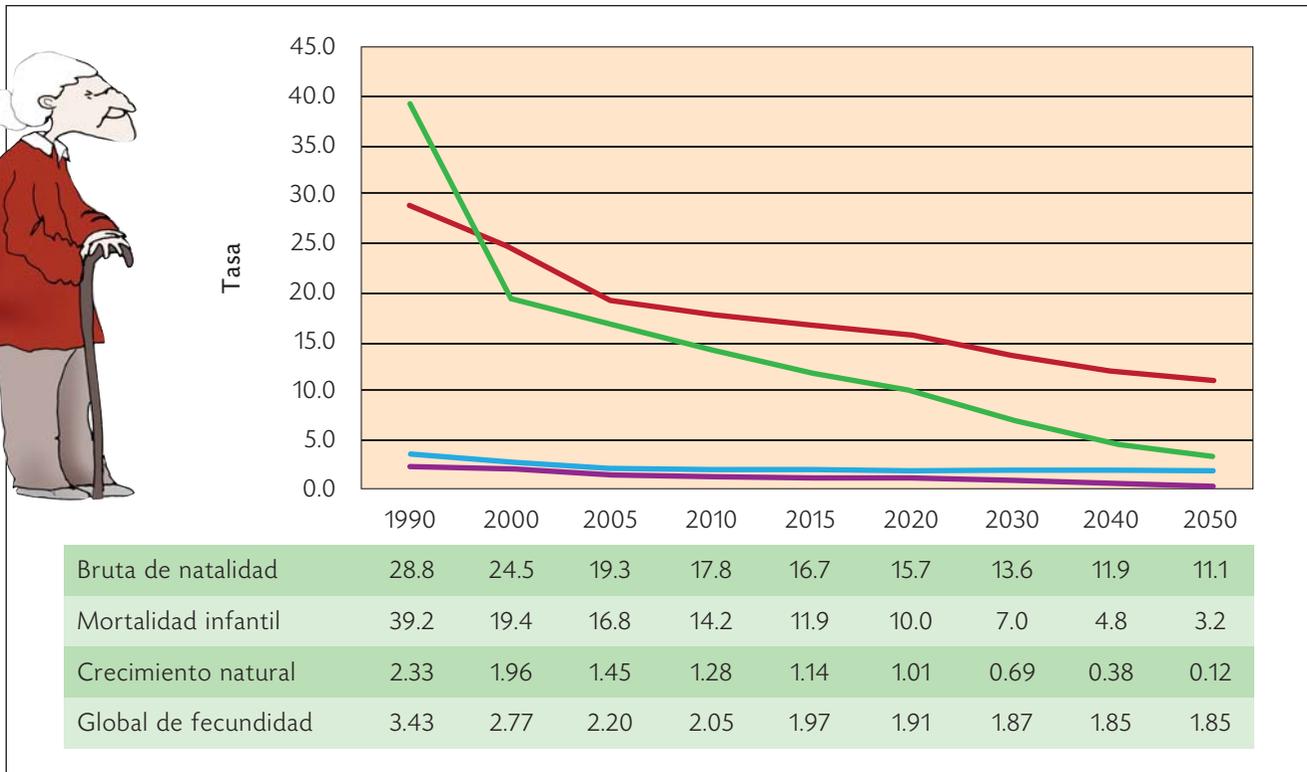
Año	Tasa bruta de mortalidad ¹	Tasa de mortalidad infantil ¹	Esperanza de vida total ²	Esperanza de vida de hombres ²	Esperanza de vida de mujeres ²	Tasa global de fecundidad ³	Tasa bruta de natalidad ¹
1990	5.21	36.17	71.20	68.33	74.07	3.44	29.07
1995	4.84	27.57	72.65	70.04	75.26	2.88	25.19
2000	4.54	23.35	74.03	71.55	76.51	2.41	21.14
2005	4.45	18.84	75.43	72.98	77.89	2.11	18.40
2010	4.57	15.38	76.63	74.20	79.06	1.97	17.04
2015	4.83	12.73	77.64	75.24	80.04	1.91	16.09
2020	5.22	10.71	78.49	76.12	80.86	1.87	15.16
2025	5.74	9.18	79.20	76.85	81.55	1.86	14.11
2030	6.40	8.00	79.79	77.46	82.12	1.85	13.03
2035	7.21	7.10	80.28	77.96	82.60	1.85	12.16
2040	8.17	6.41	80.68	78.38	82.99	1.85	11.59
2045	9.24	5.87	81.02	78.73	83.31	1.85	11.25
2050	10.37	5.46	81.29	79.01	83.57	1.85	10.97

1/ Por mil.

2/ Años de vida a partir del nacimiento.

3/ Número de hijos nacidos vivos por mujer al final de su vida reproductiva.

Fuente: Conapo.



Gráfica 1. Comparativo de las tasas de 1990 a 2050, México. Fuente: Proyecciones Conapo.

demos presuponer que el acceso a los servicios de salud, la perspectiva de género y la construcción social del mismo juegan un papel preponderante para la supervivencia y las mejoras en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores. Clarificando este punto, podemos comentar que la aparición de técnicas tan valiosas en el tamizaje (realización de pruebas en la población general) de múltiples padecimientos de alta trascendencia en las mujeres, la citología exfoliativa, la mamografía y demás, han logrado la detección y diagnóstico temprano y oportuno de padecimientos tan graves como el cáncer cérvico-uterino y el cáncer mamario, lo que necesariamente aumenta la sobrevida de la persona en quien se detecta.

La aparición de vacunas en los últimos 50 años ha probado ser un éxito en la población general, y en particular en las poblaciones de riesgo. El uso de toxoide tetánico durante el embarazo, la vacunación contra el virus del papiloma humano y otros, han logrado una mayor supervivencia de las mujeres, con un aumento en los años de vida saludable en sus usuarias. También se debe mencionar que tanto la perspectiva como la construcción social del género son importantes para la conservación de la salud. Es conocido que la mujer tiene, desde la niñez, una cultura de la salud y belleza física más desarrollada

que los hombres. En ese devenir, el autocuidado y la adopción del rol de “brindadora de cuidados a un tercero” por parte de las niñas, a través de juegos y actividades domésticas, han permitido que la preocupación por estar sanas forme parte de su vida cotidiana. Posteriormente, al paso de los años y en diversas etapas de la vida, las mujeres se preocupan de aspectos referentes a la salud reproductiva, salud general, cuidado de los hijos, y por último ponen énfasis en el climaterio y la menopausia. Esta situación, junto a la modificación del patrón de actividad laboral que ha adoptado la mujer en los últimos años, la enfrenta a otros retos y riesgos que antes eran privativos del hombre, como estrés emocional, exposición a polvos y gases, condiciones térmicas adversas, contaminación auditiva, etcétera, que necesariamente modificarán el perfil epidemiológico de las mujeres en los próximos años, y cuyos daños a la salud se evidenciarán en su vejez.

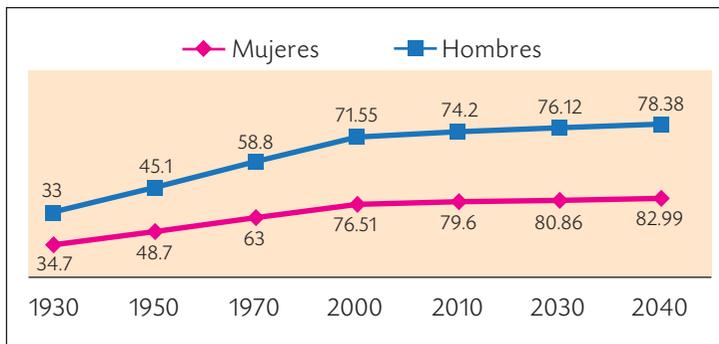
En el quinquenio 2000-2005, la esperanza de vida al nacer para el género femenino era de 76.51 en el 2000, y de 79.06 para 2010. Mientras, para el género masculino era de 71.55 y 74.20 en dichos años. Esto deja entrever la marcada tendencia a la feminización del envejecimiento en nuestro país, y la necesidad de generar una nueva cultura del cuidado de la salud en los varones mexicanos para que desde hoy se preocupen por llevar a cabo las acciones que les aseguren una mejor calidad de vida en la vejez (Ham Chande, 1999; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005; véase Gráfica 2).

Economía, educación y vejez

Con anterioridad se consideraba al envejecimiento poblacional como una situación improbable; hoy es claro que, para este país, la vejez ya está a la vuelta de la esquina. Como puede leerse de forma textual en el *Programa de Acción Específico de Envejecimiento 2007-2012* de la Secretaría de Salud, “las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020, y esto se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas”.

Estas afirmaciones constituyen el reto al que se verán sometidos muchos de los gobiernos de los países latinoamericanos, ya que ello implicará modificar tanto la conducta de la población general hacia las personas adultas mayores como generar una cada vez más necesaria cultura de la buena relación intergeneracional. Y es que en este contexto, así como es posible vislumbrar que en Latinoamérica hay países que están envejeciendo paulatinamente, también es lógico pensar que habrá países cuyo envejecimiento poblacional se acrecentará de forma acelerada; México no escapará a este fenómeno (Consejo Nacional de Población, s/f).

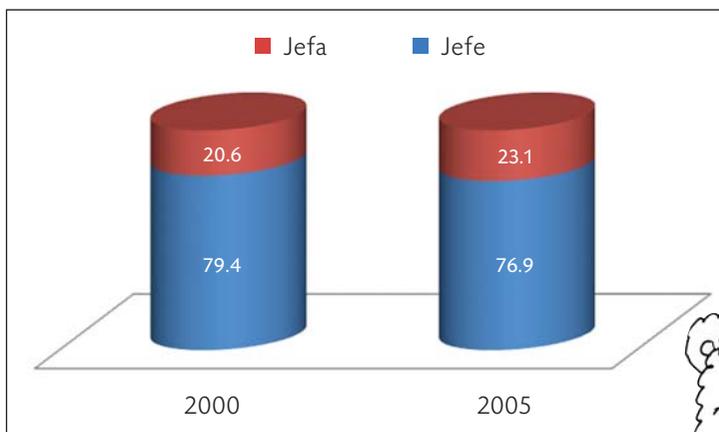
El verdadero reto ante el cambio demográfico de nuestro tiempo es contar con la infra-



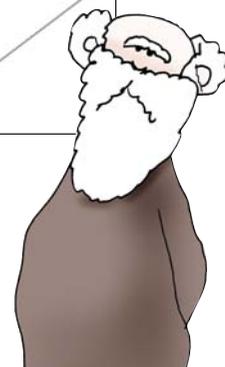
Gráfica 2. Esperanza de vida 1930-2040 por género. Fuente: Proyecciones Conapo.

estructura para atender las necesidades de las personas adultas mayores. Incluso, existe evidencia de que la dependencia económica del adulto mayor está cambiando: seguramente, como muchas de estas personas permanecen en el ámbito laboral después de la edad jubilatoria, seguirán formando parte de la fuerza de trabajo del país. Por otro lado, dicha fuerza laboral cada día es engrosada por mujeres adultas mayores que se convierten en cabeza de familia desde edades más tempranas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

En el año 2000, según el *XII Censo General de Población y Vivienda 2000* y el *II Conteo de Población y Vivienda 2005*, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se consideraba que del total de hogares, 79.4 por ciento tenían como cabeza de familia a un varón, y 20.6 por ciento a una mujer. Para 2005, menos de una década después, esta cifra se modificó a 76.9 y 23.1 por ciento, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005; Gómez, 2004; véase Gráfica 3).



Gráfica 3. Jefe de familia por género.



Si se observa detenidamente el Cuadro 2, es factible observar que las cinco entidades federativas donde el porcentaje de mujeres como jefe de familia es mayor, son el Distrito Federal, Guerrero, Morelos, Veracruz y Oaxaca; esto para el 2000, mientras que para 2005 prevalecen en el mismo orden los cuatro primeros, y Colima sustituye a Oaxaca (Gómez, 2004; Secretaría de Salud, 2008).

La cuestión anterior nos hace pensar necesariamente en la seguridad económica que deben tener las mujeres jefas de familia, en particular, y las personas adultas mayores, en general. Esto implica el reto, como país, de planear firmemente estructuras políticas encaminadas a garantizar un empleo digno y con perspectivas de crecimiento y desarrollo social para estos individuos, que seguirán vigentes en el área laboral después de haber rebasado los 60 años.

Tal situación implica tanto crear fuentes de empleo como una readaptación de la conciencia colectiva a “seguir en activo” a edades donde se consideraba que el retiro era inminente. La inserción de las personas adultas mayores en el campo laboral, incluso después de la jubilación, a muchos seguramente les brindará la oportunidad de una mejor calidad de vida y un motivante psicológico para continuar incluidos en una sociedad que les permita explotar positivamente su experiencia y conocimientos.

Por otro lado, la necesidad de crear empleos acordes a las aptitudes, actitudes y necesidades de las personas adultas mayores debe planearse con un aliciente de mejora en las condiciones de desarrollo del individuo, y no sólo como resultado de un deseo personal o bien por necesidad económica. La seguridad financiera debe ser uno de los objetivos a garantizarse en las personas mayores de 60 años y más, ya que como se ha analizado hasta el momento, una buena parte de los mexicanos en el futuro cercano seremos adultos mayores; más rápido de lo que se piensa.

En México, actualmente es preocupante tener que enfrentar la necesidad de crear empleos para personas adultas mayores, si se toma en cuenta que la mayoría de los nacidos antes de 1940 tuvieron una gran dificultad para alcanzar un nivel de instrucción básico o medio. En la actualidad, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, más de la tercera parte de la población de 60 años y más no cuenta con instrucción, y esta proporción rebasa 53 por ciento entre las mujeres de 85 años o más. De igual modo, destaca que sólo 13 de cada 100 personas adultas mayores aprobó algún grado de educación secundaria.

Este panorama es el reflejo de las condiciones de vida de un México en vías de desarrollo, con un rezago educativo importante, con acceso difícil a servicios educativos y con una concentración de dichos servicios, en su mayoría, en el medio urbano. Hoy México tiende a descentralizar sus recursos, rompiendo el paradigma de la concentración de los mismos, y permitiendo que la demanda educativa sea más accesible para los niños y jóvenes, que serán, a final de cuentas, los adultos mayores del mañana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

Otra cuestión a analizar con respecto a los temas de economía, educación y vejez, es que en muchas ocasiones la mujer, al enfrentarse a un sistema laboral “tradicional”, se topaba con el hecho de “no jubilarse nunca”, ya que el cuidado de la pareja, los hijos y los nietos recaía en ella hasta su muerte, sin percibir un salario, compensación o prestaciones de ley. Hoy se sabe que el número de horas que la persona adulta mayor dedica al trabajo, sea doméstico o no, varían de forma importante con respecto al género. En la población general, la mayoría de las personas dedican al trabajo 43.1 horas a la semana. Las mujeres de 30 a 44 años son las que en promedio dedican más tiempo al trabajo: un promedio de 54 horas, mientras que los hombres de 60 y más años dedican menos de 29.1 horas semanales

Cuadro 2. Entidades federativas en México con mayor número de mujeres jefas de familia; comparativo 2000-2005

Entidad federativa	2000		2005	
	Jefe de familia	Jefa de familia	Jefe de familia	Jefa de familia
Distrito Federal	74.2	25.8	71.1	28.9
Guerrero	75.4	24.6	73.7	26.3
Morelos	76.7	23.3	73.9	26.1
Veracruz	77.5	22.5	74.5	25.5
Oaxaca	77.7	22.3	-	-
Colima	-	-	75.1	24.9

(Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

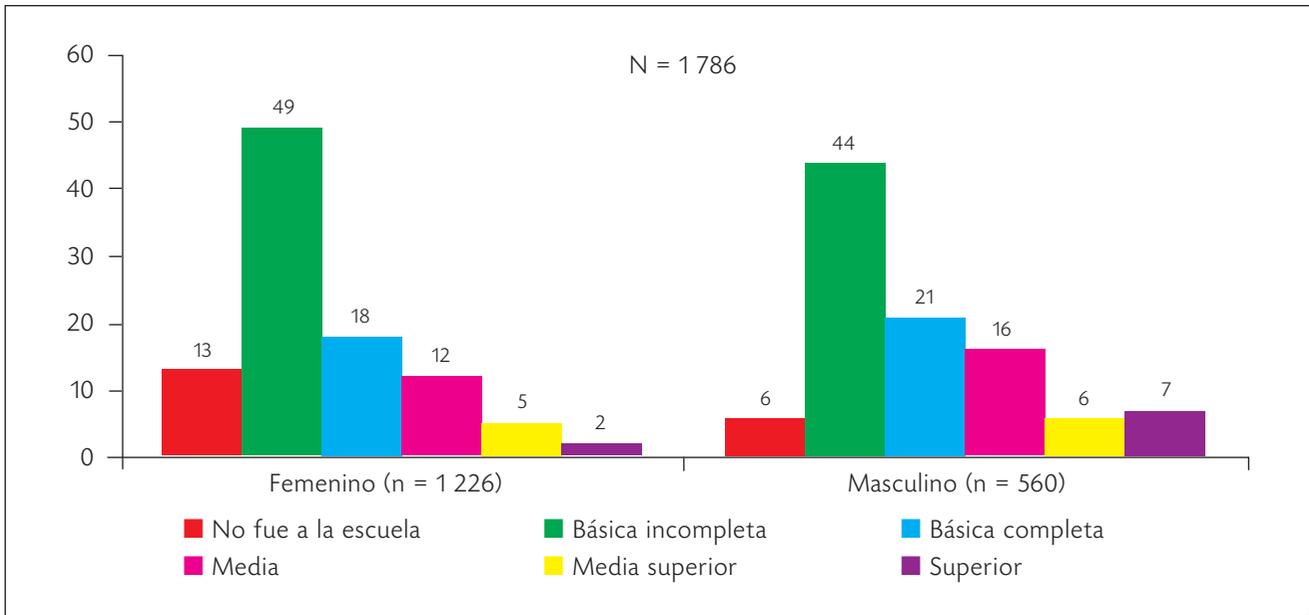
Por otra parte, se sabe que el tiempo libre aumenta significativamente en la persona adulta mayor, por ser jubilada, pensionada o bien por estar desempleada o enferma. Esto no deja de impactar en las cifras relacionadas con la ocupación de este grupo poblacional. Por ejemplo, en nuestro país, 3.3 millones de personas adultas mayores realizan alguna actividad económica, lo que equivale a 36.5 por ciento de este grupo de edad. Dicho en otras palabras, aproximadamente una tercera parte de las personas en la etapa de vejez siguen en el campo laboral. Ahora bien, si tomamos como una actividad económica aquella que es remunerada, la participación del hombre adulto mayor es indiscutible. Sin embargo, también pudiera ser que esto fuera efecto de una cuestión de inequidad de género, ya que muchas de nuestras mujeres adultas mayores no son remuneradas por las actividades que realizan o bien no consideran entrar a desempeñar actividades remuneradas debido a sus “usos y costumbres”, o bien por enfermedad orgánica o mental.

Nada menos que en México, la tasa neta de participación en actividades económicas muestra diferencias según el género, pues 57 por ciento de los hombres mayores de 60 años participa en algún tipo de actividad económica, mientras que sólo 20 por ciento de las mujeres en la etapa de vejez lo hace. Sin embargo, también es conocido que la mujer dedica una mayor cantidad de horas a realizar trabajos no remunerados, lo que la coloca en una situación de vulnerabilidad económica aumentada con respecto al género masculino (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

En el proyecto-encuesta *Salud, Bienestar y Envejecimiento* (Sabe), que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud han realizado en la Ciudad de México y en Mérida, Yucatán, con el fin de conocer el perfil epidemiológico y socio-demográfico de las personas adultas mayores que viven en México, se refuerzan las observaciones emitidas en párrafos anteriores. En relación con la escolaridad, es patente que ésta es menor en el género femenino de la muestra estudiada, como puede observarse en la Gráfica 4, donde la escolaridad básica incompleta tiene un porcentaje mayor en las mujeres. La situación inversa ocurre en los niveles de educación media y superior, que son ocupados principalmente por adultos mayores del género masculino.

Hablar de cómo impactan los aspectos educativos en la economía de un grupo poblacional *sui generis*, como son las perso-





Gráfica 4. Escolaridad según sexo. Fuente: Proyecto Encuesta Sabe, Yucatán, 2002.

nas adultas mayores, nos llevaría a un análisis aún más extenso. Concluimos pues esta parte diciendo que la remuneración que se percibe por un trabajo se puede ver afectada debido a la vulnerabilidad del individuo.

Si recordamos que entre los grupos más vulnerables se encuentran niños, mujeres, enfermos mentales, discapacitados, indígenas, personas con escolaridad muy baja o analfabetas, y personas adultas mayores, surge la pregunta obligada: ¿qué pasa cuando el adulto mayor pertenece a más de un grupo con alto riesgo de desarrollar vulnerabilidad física, económica o social? Es innegable que ser mujer, analfabeta, discapacitada, dependiente, indígena y adulta mayor potencia la posibilidad de ser vulnerable desde cualquier punto de vista, sobre todo en una sociedad que debe preocuparse cada vez más por ir allanando las llamadas “desventajas comparativas” inherentes a individuos que hoy son adultos mayores y que se ven “separados” de personas más jóvenes tanto por un rezago educativo y una gran brecha tecnológica como por la presencia de polipatología y dependencia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

Es innegable que ser mujer, analfabeta, discapacitada, dependiente, indígena y adulta mayor potencia la posibilidad de ser vulnerable desde cualquier punto de vista

Salud y envejecimiento poblacional

El tema de la salud es un tópico que nos interesa a todos y, por supuesto, es en la etapa de la vejez donde se verán reflejados, en el estado de salud, las prácticas preventivas y los estilos de vida adoptados en etapas tempranas de la vida. En

nuestro país, el perfil de las enfermedades que prevalecen es una mezcla de padecimientos crónico-degenerativos e infecto-contagiosos. Este comportamiento, propio de los países con una economía en desarrollo, hace más susceptible al adulto mayor, de por sí vulnerable, como analizamos en líneas anteriores, a padecer patologías diversas que minan su estado de salud y calidad de vida.

En un contexto ideológico, podemos mencionar que contribuyen al desarrollo de múltiples patologías no sólo las condiciones de vida de los pueblos, sino incluso la forma de vivir la vejez, ya que de acuerdo con la manera en que el adulto mayor observó el tránsito por la vejez de sus padres o abuelos, seguramente en una buena parte reproducirá patrones de conducta, adoptándolos como algo normal y propio. Ser dependiente y padecer demencia, incontinencia y pobreza no es de ninguna manera el modelo de persona adulta mayor que debe ser tomado como parte de un proceso de envejecimiento “normal”. Por ello, se buscará, independientemente de otras acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades comunes en la vejez, una cultura creciente hacia el envejecimiento activo, saludable y exitoso, desechando los modelos donde la persona adulta mayor tenía que sufrir quieto en una cama o en un sillón para sólo esperar la llegada de los nietos y por último la muerte, sin otras perspectivas de continuar su desarrollo en la vejez.

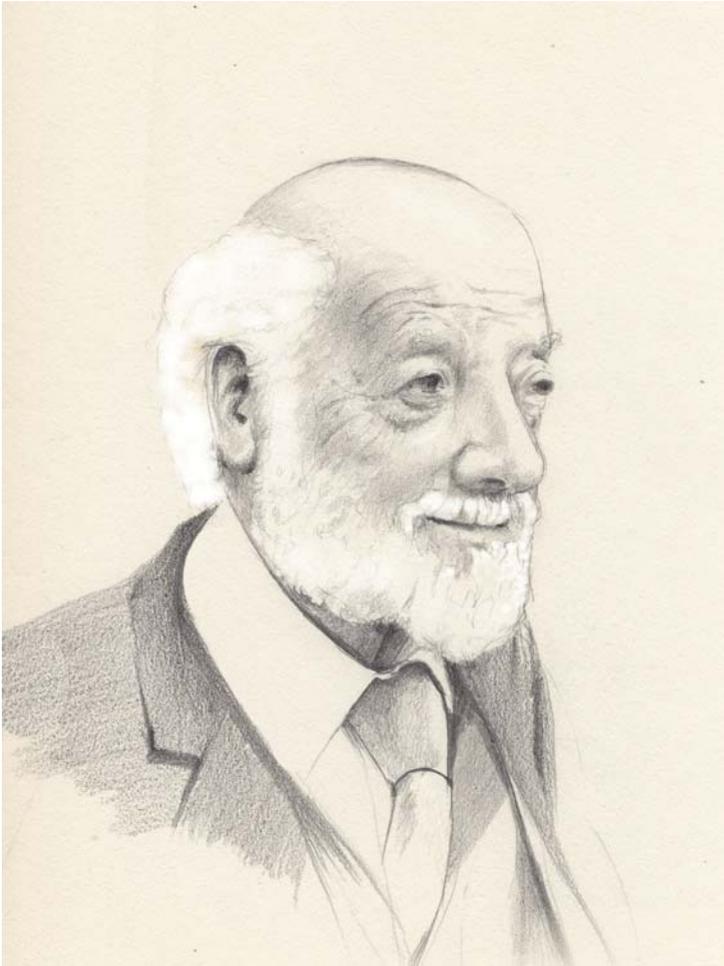
También es factible que algunas condiciones de salud que han existido desde siempre sean consideradas “normales” o “esperadas”, bajo una perspectiva anómala de género. Un ejemplo es la incontinencia urinaria, independientemente de su etiología. Muchas mujeres que observaron este síndrome en otras integrantes de su familia consideran que es normal padecer incontinencia al llegar a la vejez. Si bien es cierto que estadísticamente las mujeres padecen con mucha mayor frecuencia episodios de fuga de orina que los varones, también



es cierto que al no considerar esto un problema de salud, no buscan atención médica pronta, sino hasta que el padecimiento se vuelve más severo.

Los hombres, por su parte, pueden considerar las fugas de orina como algo seriamente estigmatizante e incómodo, y está documentado que refieren sentirse, sobre todo aquellos que han requerido de dispositivos de contención de orina, menos masculinos al tener que utilizar un pañal u otro similar para evitar el mojar su ropa.

Dicho lo anterior, el trabajo en materia de conservación de la salud de nuestros adultos mayores se antoja arduo y complejo. Hoy nos enfrentamos al hecho de llegar a edades más avanzadas que hace 50 años. Esto, que de entrada se antoja como un éxito del avance tecnológico, las políticas públicas y de una nueva visión de cómo se debe vivir la vejez, ha permitido que hoy seamos más viejos que antes. Sin embargo, al avanzar en edad, el riesgo de discapacidad y dependencia se acrecienta. La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente



relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permiten cuidarse a sí misma y participar en la vida familiar y social. La edad avanzada como factor de riesgo para el desarrollo de discapacidad se acrecienta también en los países que rebasan una esperanza de vida de 70 años de edad.

Por otro lado, independientemente de las enfermedades crónico-degenerativas que pudiera portar o no la persona adulta mayor, aquellos con un problema de discapacidad en términos generales viven en promedio ocho años. En otras palabras, en dichos países, en promedio 11.5 por ciento de la vida de un individuo transcurre con alguna discapacidad, lo que demuestra la necesidad de establecer políticas públicas donde se proteja a los adultos mayores, sobre todo si presentan indicadores de discapacidad física, mental o económica.

Desde el punto de vista de la epidemiología de nuestro país, vemos que las personas arrastran en muchos casos enfermedades a edades más tempranas, y dada la sobrevivencia que hoy se

alcanza, las sufren por periodos más largos, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad prematura de la población en general y las de los adultos mayores en particular (Consejo Nacional de Población, s/f; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

Datos de la Secretaría de Salud nos dan idea del perfil epidemiológico de la vejez en México. En el año 2000, las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: diabetes *mellitus*, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e hipertensión arterial sistémica. En conjunto, estos padecimientos alcanzaron un total de 99 mil 809 defunciones, lo que corresponde al 46.1 por ciento del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con datos de 2006, estas mismas causas ocuparon una situación similar, con una frecuencia relativamente mayor, pues durante ese año alcanzaron un total de 129 mil 455 defunciones, 48.6 por ciento del total nacional. Las tasas de mortalidad por estas causas durante 2006 alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes, para diabetes *mellitus*; 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón; 372.7 para enfermedad cerebrovascular; 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y 179.7 para la hipertensión arterial sistémica (Consejo Nacional de Población, s/f).

Como podemos apreciar, el adulto mayor enfrenta una problemática de salud diversa y compleja ya que, por un lado, las principales causas de mortalidad incluyen padecimientos crónico-degenerativos donde el común denominador es el daño cardiometabólico o pulmonar; sin embargo, no hay que olvidar que, en materia de salud pública, los problemas de salud bucal, infecciones del tracto respiratorio inferior, gastroenteritis y parasitosis gastrointestinales son causa común de morbilidad en la persona adulta mayor mexicana (Consejo Nacional de Población, s/f; Ham Chande, 1999).

Conclusiones

De acuerdo con el panorama anteriormente expuesto, es necesario poner todos estos tópicos en la mesa de trabajo para establecer las estrategias que de forma coordinada deben poner en marcha las instituciones, tanto públicas como privadas, que atienden a adultos mayores. La participación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial se hace indispensable, junto con la concientización de la población general y, por supuesto, de las personas adultas mayores.

Aún tenemos pendientes cuestiones del ámbito laboral, el régimen de jubilaciones y pensiones, prevención de accidentes, salud, equidad de género, formación de recursos para la salud y demás tópicos que conlleven a mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores. Será tanto en los hogares como en los foros nacionales e internacionales dedicados a discutir la temática interrelacionada donde surgirá la solución no del enveje-

cimiento como problema, sino de la problemática inherente al crecimiento del envejecimiento poblacional.

Del entendimiento de la dinámica demográfica y epidemiológica del envejecimiento poblacional surgirán necesariamente mejoras de las vialidades y oferta de productos y servicios tanto públicos como privados dirigidos específicamente a este grupo poblacional. Por otro lado, la atención de los problemas de salud permitirá el reforzamiento de los programas de acción específica que brindan atención a las personas mayores de 60 años.

Ma. Esther Lozano Dávila es médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y licenciada en derecho por la Facultad de Derecho de la misma. Es maestra en gerontología social por la Universidad Autónoma de Madrid. Es subdirectora de Atención al Envejecimiento en el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, asesora externa de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sus publicaciones más recientes son *Libro para la vida. Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud* (1996), *Guía de consulta para el médico general: Alteraciones de memoria* (2003) y *Guía de consulta para el médico general: Depresión*.
elozanod@yahoo.com



Javier Alfredo Calleja Olvera es médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), especialista en medicina interna por el Hospital General de México y especialista en geriatría por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Fue director médico de unidades de larga estancia geriátrica por cuatro años. Es profesor titular de la materia "Proceso salud y enfermedad en el adolescente, adulto y anciano" en la Escuela Nacional de Enfermería de la Secretaría de Salud, médico adscrito a la Coordinación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona Bicentenario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y profesor adjunto de la subespecialidad en Gerontología Clínica para Médicos Familiares e Integralistas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es autor y coautor de publicaciones de contenido médico-científico sobre geriatría y gerontología en revistas indexadas y en textos médicos.
jacaolve@yahoo.com.mx, jacaolve@prodigy.net.mx

Yolanda Osio Figueroa es médica cirujana egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Es especialista en Medicina Integrada por la Universidad Autónoma de Querétaro, y maestra en Administración y Dirección Financiera de Hospitales, por la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. Ha sido profesora titular de Etimologías Técnico Médicas y profesora adjunta de Proceso Salud y Enfermedad I y II, "enfermedades crónico-degenerativas", en la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud. Como coautora ha participado en diversas publicaciones médico-científicas como las *Guías de práctica clínica* de la Secretaría de Salud, así como en artículos en libros y revistas indexadas de contenido geronto-geriátrico. Es asesora externa del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud. Actualmente es médica de primer contacto en la atención al adulto mayor del Servicio de Medicina Familiar en la Clínica de Especialidades ISSSTE Churubusco.
yocsydr@yahoo.com.mx

Érica Tania Chaparro González es licenciada en enfermería y obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y pasante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud y Hospitales. Es supervisora en el Programa de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud. Es autora del *Manual de Centros de Día y Recomendación de mascotas en el adulto mayor*. Ha coordinado cursos para cuidadores de pacientes con Alzheimer. Es supervisora de enfermería del Hospital General de Ecatepec "Las Americas", de la Secretaría de Salud del Estado de México.
erica_chaparro@yahoo.com.mx

Lecturas recomendadas

- Azuara, O. (2005), *Análisis económico de la pensión universal en México*, México, Documento de trabajo del Centro de Investigación para el Desarrollo A.C. (CIDAC).
- Centro de Documentación, Información y Análisis (2006), *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050*, México, Centro de Documentación, Información y Análisis.
- Consejo Nacional de Población (s/f), *Proyecciones Conapo 1990-2050*, México, Conapo.
- Consejo Nacional de Población, página web <http://www.conapo.gob.mx/>
- Gómez, C. (2004), *Pobreza, familia y envejecimiento poblacional en México*, México, pp. 1-35.
- Ham Chande, R. (1999), "El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades", *Papeles de Población*, núm. 19, Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México, enero-marzo, pp. 7-21.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2000), *Censo Nacional de Población 2000*, México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005), *II Conteo de población y vivienda 2005*, México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005), *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, INEGI.
- Secretaría de Salud (2008), *Resultados de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe-Yucatán)*, México, Secretaría de Salud/Conaen.