

VULNERABLES: DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

VULNERABLE RIGHTS: DEPENDENCY AND CARE FOR OLDER ADULTS IN MEXICO

Yanira AGUILAR ACEVEDO
Facultad de Medicina, UNAM
yaguilar@facmed.unam.mx
<https://orcid.org/0000-0003-2559-7897>

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 7 de mayo de 2026.

Resumen:

El presente artículo de revisión analiza la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores con dependencia en México. Ante el acelerado proceso de transición demográfica, el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y el aumento de la edad se presentan como factores para el desarrollo de dependencia. El objetivo de este escrito es reflexionar acerca de las normativas sobre protección de derechos humanos y su alcance en población adulta mayor con dependencia. Mediante un enfoque analítico-deductivo se examinan las brechas existentes entre el reconocimiento de derechos y el acceso fáctico a sistemas de cuidados. Se concluye que México requiere una armonización legislativa que trascienda el enfoque asistencialista y transite hacia un modelo basado en la autonomía, la dignidad humana y la justicia distributiva.

Summary:

This review article analyzes the human rights situation of older adults with dependency in Mexico. Given the accelerated demographic transition process, the development of chronic-degenerative diseases and increasing age present themselves as factors for developing dependency. The objective of this paper is to reflect on human rights protection regulations and their scope within the dependent older adult population. Through an analytical-deductive approach, the existing gaps between the recognition of rights and de facto access to care systems are examined. It is concluded that Mexico

requires a legislative harmonization that transcends the welfare-based approach and transitions toward a model based on autonomy, human dignity, and distributive justice."

Palabras clave: Envejecimiento, dependencia, derechos humanos, sistemas de cuidado, discriminación.

Keywords: Aging, dependence, human rights, care systems, discrimination.

I. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye un logro de la organización social y un desafío estructural para los sistemas de bienestar. Este proceso, que se inició en las sociedades europeas como consecuencia de mejoras en las condiciones de vida y en la salud pública, avanza a velocidades distintas en diferentes regiones del mundo. En el caso de México, la transición demográfica es particularmente acelerada: de acuerdo con proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO),¹ las personas de 60 años o más representarán más del 20% de la población hacia el año 2050; mientras que los grupos etarios más jóvenes experimentarán una contracción progresiva. Este fenómeno se refleja en una transformación sustancial de la pirámide poblacional, con un ensanchamiento característico en las cohortes superiores.

El incremento en la esperanza de vida no se traduce necesariamente en años vividos con salud y calidad de vida óptima. La transición demográfica ocurre en paralelo con una transición epidemiológica marcada por el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, en cuya etiología la edad biológica constituye un factor de riesgo central. Esta convergencia genera consecuencias de amplio espectro en los ámbitos económico, social, familiar y sanitario, destacando entre ellas la creciente prevalencia de la dependencia funcional como condición asociada al envejecimiento avanzado.

Cuando se habla de dependencia debe tenerse en el fo que no es un fenómeno puramente biológico. Desde la perspectiva de la antropología médica, la dependencia es una categoría biosocial que articula la pérdida de funcionalidad con los valores sociales vigentes, los sistemas de atención-desatención, las concepciones culturales sobre la persona y las limitaciones a la

¹ Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Proyecciones de Población*, México, 2025. Recurso en línea.

agencia individual². Esta construcción biosocial afecta de manera particular a las personas adultas mayores, quienes, en ausencia de apoyos estructurales, experimentan una erosión efectiva de su ciudadanía y del ejercicio de sus derechos.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo examinar las brechas entre el reconocimiento normativo de los derechos de las personas adultas mayores con dependencia en México y las acciones del Estado para garantizar su ejercicio efectivo. El análisis se centra en la confrontación del marco jurídico nacional con los estándares de la CIPDHPM,³ adoptada como referente de vanguardia en el sistema interamericano de derechos humanos.

II. Metodología

El presente artículo se desarrolla bajo el paradigma interpretativo-crítico. La estrategia metodológica combina el análisis teórico-documental de legislación nacional e internacional, con reflexiones derivadas de la perspectiva etnográfica. El enfoque analítico-deductivo permite contrastar los principios normativos con las condiciones estructurales que condicionan su aplicación en el contexto mexicano.

III. Marco conceptual

III.1 La dependencia funcional: dimensiones y definición

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la funcionalidad a partir de la interacción entre el estado de salud de la persona y los factores contextuales ambientales.⁴ La dependencia resulta de la inadaptación a las demandas de la vida cotidiana, cuyas actividades se clasifican en dos categorías: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) referidas a tareas de sobrevivencia como vestirse, bañarse y alimentarse; y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que comprenden funciones sociales como la

² SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret, “The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology” en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol 1:1, 1987, p. 6-41.

³ Organización de los Estados Americanos (OEA), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, 2015. Recurso en línea.

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, 2025. Recurso en línea.

administración económica, el desplazamiento fuera del domicilio y el uso de medios de comunicación.⁵

La dependencia puede presentarse en distintas dimensiones: física, por pérdida de movilidad o de funcionalidad en extremidades; sensorial, asociada a limitaciones visuales o auditivas; psicosocial, vinculada a déficits en el funcionamiento cognitivo o mental. A estas dimensiones funcionales se suman la dependencia económica, producto de las inequidades del sistema de pensiones y jubilaciones; y la dependencia social, construida a partir de un sistema que privilegia la juventud y la productividad, generando discriminación sistemática hacia las personas mayores.

Es necesario distinguir entre autonomía —entendida como la capacidad de tomar decisiones y gobernarse a sí mismo— e independencia, que refiere a la capacidad física de realizar actos por cuenta propia. Una persona adulta mayor puede presentar dependencia física severa y conservar íntegra su autonomía cognitiva; ignorar esta distinción conduce a prácticas que vulneran derechos fundamentales, como la sustitución de la voluntad o la infantilización de la persona. Es decir, la dependencia no necesariamente conlleva debe conllevar una pérdida de autonomía, es posible mantenerla alentando la participación y escucha activa de las personas.

III.2 Enfoque interseccional del envejecimiento

El proceso de envejecimiento se comprende de manera más completa a través de la teoría de la interseccionalidad,⁶ adaptada a estudios de envejecimiento), que permite analizar cómo la convergencia de diversas identidades sociales y sistemas de opresión —género, posición socioeconómica, etnicidad, territorio y edad— predetermina la calidad del envejecimiento y la severidad de la dependencia. El modelo social dominante, que privilegia la productividad y penaliza la no participación en el mercado laboral, construye condiciones de vulnerabilidad para quienes se encuentran al margen de la norma corporal productiva. En este sentido la edad se convierte en un marcador de exclusión, que construye por sí mismo un discurso de dependencia plasmándose en acciones estructurales de excepción. Es decir, discurso discriminatorio

⁵ Instituto Nacional de Geriátría (INGER), *Sistema de cuidados para las personas mayores con dependencia en México: Diagnóstico y elementos clave para el diseño e implementación*, México, 2025. Recurso en línea.

⁶ American Society Aging, *Understanding Identity & Intersectionality*, Recurso en línea.

(edadista) y acciones sociales se refuerzan para generar o agudizar la posible dependencia de las personas mayores.

Scheper-Hughes y Lock⁷ proponen un modelo analítico de tres cuerpos particularmente útil para esta problemática: el cuerpo individual, que remite a la experiencia fenomenológica de habitar un cuerpo que pierde paulatinamente el control de sus funciones, generando fragmentación de la identidad; el cuerpo social, que involucra los símbolos y atributos que la cultura impone al cuerpo envejecido, incluyendo la noción neoliberal de la improductividad y la exclusión; el cuerpo político, que señala el espacio donde el Estado y las instituciones actúan sobre el cuerpo mediante regulaciones biopolíticas.⁸ La combinación de vejez y dependencia sitúa a estas personas en una categoría de prescindibilidad: la gestión diferencial de los cuerpos que importan y los que no. Los cuerpos que no importan son los que han dejado de producir, pero además se apuntalan como consumidores de recursos; en los discursos sociales de los últimos años se ha exacerbado la limitación económica, de atención médica y de cuidados por lo cual, los contratos sociales basados en la empatía y colaboración para las personas que viven algún tipo de dependencia se han modificado. Un claro ejemplo son el desmantelamiento de las pensiones, pero también se incluyen los recortes al sector salud, la falta de insumos médicos, la falta de impulso a especialidades geriátricas (y apertura de plazas en instituciones públicas), así como las narrativas que intentan mantener la idea de que el cuidado es responsabilidad individual y familiar, negando la participación de la sociedad en ello.

III.3 Violencia estructural y dependencia

El concepto de violencia estructural⁹ resulta central para comprender cómo la dependencia se distribuye de manera desigual en la sociedad. De acuerdo con este autor, las enfermedades y el sufrimiento humano están estructurados por fuerzas históricas y económicas que comprometen la agencia de las personas. En el contexto mexicano, esto se traduce en que la dependencia funcional pareciera un proceso biológico inevitable, sin tomar en cuenta que es un proceso que demuestra la acumulación de desventajas durante el curso de vida: trayectorias laborales en el

⁷ SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret, "The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology" en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol 1:1, 1987, p. 6-41

⁸ FOUCAULT, Michel, *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: 1978-1979*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

⁹ FARMER, Paul, "An Anthropology of Structural Violence" en *Current Anthropology*, vol. 45:3, 2004, p. 205-325,

sector informal sin seguridad social, trabajos físicamente agotadores, habitación en zonas con acceso limitado a recursos básicos, desarrollo de comorbilidades como diabetes, hipertensión, osteoartritis y osteopenia, entre otras enfermedades crónico-degenerativas asociadas con el estilo de vida y la edad. La teoría de la acumulación de ventajas y desventajas¹⁰ da cuenta de este proceso: la dependencia en la vejez es, en gran medida, producto de la violencia estructural acumulada durante el curso de vida, más que una consecuencia exclusivamente biológica. Este marco analítico permite comprender como si las políticas públicas de cuidado no incorporan los ejes de desigualdad de género, clase social y etnicidad, bajo el riesgo de perpetuar las inequidades que generan la dependencia.

Cuando se revisan las narrativas que la antropología médica ha hecho sobre el envejecimiento y la dependencia¹¹ se encuentran historias comunes: vulnerabilidad económica, social, marginación, desatención. La violencia estructural se refleja en las experiencias de las personas mayores de forma sistemática, cada decisión fue tomada en un contexto restrictivo donde las instituciones político-económicas limitan para la mayoría el rango de actuación. Mientras que el orden social establece un discurso individualista del envejecimiento, donde se acusa de ser un resultado de una elección de vida saludable o no saludable, enmascarando los mecanismos socioeconómicos que afectan diferencialmente a las personas. La violencia estructural se transforma en contextos adversos que fomentan las diversas dimensiones de la dependencia, agudizada por el aislamiento y la falta de recursos. Las legislaciones que se han construido para defender los derechos humanos son producto de las discusiones acerca de las crecientes desigualdades en el envejecimiento; sin embargo,

IV. Sistemas de cuidado

IV.1 El modelo familista y la feminización del cuidado

En México, el cuidado de las personas mayores con dependencia recae predominantemente en la familia, dentro del ámbito privado y doméstico. Este modelo familista —en el que la red de parentesco constituye la principal o incluso la única red de protección social— se sustenta en

¹⁰ DANNEFER, Dale, Dannefer, “Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory” en *Journal of Gerontology*, 58B(6), 2003, p. 327-337.

¹¹ COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y SORONELLAS-MASDEU, Montserrat, “Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales” en *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 22, 2021, p. 5-18.

una construcción moral de raíz judeocristiana que naturaliza la obligación del cuidado como una extensión de los vínculos de reciprocidad intergeneracional. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Cuidados¹² el cuidado no remunerado es realizado mayoritariamente por mujeres en el interior de los hogares, configurando lo que se ha denominado la feminización del cuidado.

Este modelo genera consecuencias en materia de derechos humanos para ambos actores sociales: la persona mayor dependiente, cuyo acceso al cuidado queda condicionado a la disponibilidad y valoración moral que la familia haga de su trayectoria de vida; y la cuidadora, quien asume una carga física y emocional que precariza su propia salud, limita su autonomía laboral e impide la generación de seguridad social propia. Generando la feminización de la vejez y de la pobreza: las mujeres que hoy cuidan sin remuneración ni seguridad social serán las futuras personas mayores carentes de pensión contributiva, perpetuando un ciclo intergeneracional de dependencia y vulnerabilidad económica.

La calidad del cuidado queda supeditada a la buena voluntad (valor moral de índole religioso) y a las capacidades de quienes cuidan, sin que existan mecanismos de supervisión, capacitación ni retribución. La dependencia funcional del adulto mayor se traduce, en una pérdida de autonomía para la cuidadora, mientras el sistema de salud traspasa el costo que implicarían una cama hospitalaria o una residencia especializada de largo plazo hacia la familia.

IV.1 El agotamiento de las redes familiares y el gasto de bolsillo

La resiliencia de las redes familiares de cuidado tiene límites que se han documentado con las investigaciones etnográficas. Las redes familiares continúan siendo el principal proveedor de cuidados, haciendo frente a los problemas de falta o limitación de la infraestructura institucional. En este sentido distintos estudios evidencian¹³ que las redes familiares se van agotando progresivamente, al concentrarse la carga de cuidado en las mujeres de la familia (hijas, esposas, nueras, sobrinas) con apoyo de tipo económico o en especie de los hombres; esto también se asocia con un número decreciente de personas hasta llegar, en casos extremos, al agotamiento del cuidador primario o al abandono de la persona mayor. Acerca del agotamiento se ha

¹² Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Recurso en línea.

¹³ GUZMAN, José, HUENCHUAN, Sandra y MONTES DE OCA, Verónica, *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*, CEPAL, 2003.

reportado también el síndrome del cuidador que implica problemas de salud física y mental del cuidado principal debido a la sobrecarga de las actividades asociadas al cuidado.

El denominado gasto de bolsillo,¹⁴ aquel que se realiza por parte de familiares para cubrir todos los costos de la atención médica y de cuidado no es algo mínimo; debe mantenerse constante por varios años para garantizar la sobrevivencia de la persona con dependencia. El gasto de largo plazo puede agotar los recursos de la familia, así como modificar el panorama laboral de los cuidadores; las consecuencias asociadas suelen ser la eliminación de la capacidad de ahorro, adquisición de deudas/préstamos familiares, vecinales o bancarios. Así como reducción o redirección de otros gastos familiares al cuidado, limitando gastos dirigidos a atención médica, educación, alimentación, o planificación a futuro. Ese gasto ha aumentado en los últimos años,¹⁵ dado que las personas mayores requieren asistencia médica domiciliaria, insumos médicos e higiénicos, adaptaciones del entorno residencial y dispositivos especiales para la movilidad que no son cubiertos por el sector público. El gasto directo implica la disminución de los activos familiares, pero también comprometen el futuro por falta de protección financiera, así como, limitación de la carrera y oportunidades laborales del cuidador primario y de los otros familiares dependientes del mismo.

IV.2 Participación del Estado y el mercado

La intervención estatal en el cuidado de larga duración en México es limitada y asistencialista. Las políticas de cuidado han privilegiado las transferencias monetarias directas —entre ellas, la pensión universal para mayores de 65 años— que, aunque necesarias para la supervivencia básica, resultan insuficientes para cubrir las múltiples dimensiones del cuidado. La oferta pública de servicios especializados —centros de día, teleasistencia, cuidado domiciliario, residencias con personal capacitado— es escasa, fragmentada e inadecuada para atender a personas con dependencia física o cognitiva severa.

En este contexto, el modelo familista en el modelo económico neoliberal no representa una elección libre, sino la única opción disponible para la mayoría de las familias mexicanas, dado el vacío de políticas y servicios públicos integrales. El acceso a cuidados de calidad está

¹⁴ Se define como el gasto financiero directo que se realiza en el hogar para cubrir las necesidades de salud y asistencia de la persona mayor, sin ser reembolsado por las instituciones públicas ni los seguros privados.

¹⁵ MÉNDEZ, Judith, *Gasto de bolsillo en salud: resultados de la ENIGH 2024*, México, CIEP, 2025. Recurso en línea

determinado por la capacidad económica; con el mercado privado como única alternativa para quienes disponen de recursos suficientes. Esta segmentación reproduce y profundiza las desigualdades de clase en el acceso al cuidado.

V. Marco normativo internacional

V.1 La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM)

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹⁶ constituye el instrumento más reciente del sistema interamericano en esta materia. Su relevancia radica en reconocer, por primera vez en el derecho internacional regional, el derecho a un sistema integral de cuidados y a la autonomía en condiciones de dependencia. A diferencia de los enfoques asistencialistas, la CIPDHPM conceptualiza la dependencia no como un hecho privado, sino como una condición social ante la cual el Estado, la familia, la sociedad y el sector empresarial tienen la obligación de intervenir.

Entre sus principios generales (artículo 3º) se consagran el respeto a la dignidad inherente, la autonomía, la libertad de toma de decisiones y la independencia. El artículo 12, relativo a los servicios de cuidado de larga duración, establece el derecho a un sistema integral que comprende protección, promoción de la salud, servicios sociales, seguridad alimentaria, vivienda y vestido. Los Estados firmantes adquieren tres deberes fundamentales: respetar la autonomía de la persona mayor con dependencia; protegerla evitando que terceros vulneren sus derechos; y garantizar la infraestructura y el presupuesto necesarios para el cuidado.

La Convención alienta la permanencia de la persona mayor en su entorno familiar y comunitario, con apoyos domiciliarios, pero reconoce igualmente la necesidad de residencias institucionales de calidad. A diferencia del modelo actualmente imperante, exige que el Estado atienda las necesidades tanto de la persona mayor como de su cuidador, generando sistemas de cuidado con atención domiciliaria, cuidadores capacitados y supervisión continua del cumplimiento de los derechos humanos.

¹⁶ Organización de los Estados Americanos (OEA), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, 2015. Recurso en línea.

Los antecedentes directos de la CIPDHPM incluyen el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), pionero en señalar el cuidado y su implementación en salud pública; la Estrategia Regional de Implementación (2003); diversas asambleas regionales sobre envejecimiento; y la Declaración Política de la Sociedad Civil (2022). La gran diferencia de este instrumento con los anteriores es el carácter vinculante haciéndolo obligatorio para los países firmantes, la supervisión internacional sobre su cumplimiento, evitando el asistencialismo y reconociendo a las personas mayores como sujetos de derechos (enfaticando la autonomía y capacidad de decisión), se abordan formas de protección contra la discriminación con un enfoque interseccional. Esta convención fue firmada por México en 2023 (el acuerdo se suscribió en 2015 por lo que fue de los últimos países en adherirse logrando su validación), desde entonces a la fecha se ha avanzado lento a nivel legislación, modificando aspectos de la ley de derechos, robusteciendo la pensión universal y generando discusiones que buscan construir eventualmente un sistema de cuidados.

V. 2 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,¹⁷ es uno de los nueve tratados fundamentales de derechos humanos de Naciones Unidas, enfocado a población vulnerable y aplicable para las personas mayores con dependencia. Su contribución central es el desplazamiento del paradigma médico-rehabilitador—que trataba a la persona como objeto pasivo de atención—hacia un modelo de derechos, en el que la persona es sujeto activo y titular plena de derechos.

VI. Marco normativo nacional

VI.1 Reforma constitucional

La reforma constitucional de 2011¹⁸ representó un hito en el sistema jurídico mexicano al elevar los tratados internacionales de derechos humanos al mismo rango que la Constitución. A partir de entonces, los derechos consagrados en instrumentos como la CIPDHPM tienen aplicación directa en el territorio nacional, las leyes y normas locales deben interpretarse de conformidad con ellos; o bien tomar el instrumento superior que garantice el máximo acceso a los derechos.

¹⁷ ONU, *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006. Recurso en línea.

¹⁸ CNDH, *Reforma constitucional en materia de derechos humanos, promoción de una nueva cultura de derechos humanos*, 2011, México. Recurso en línea.

La Constitución prohíbe expresamente la discriminación por edad y por discapacidad —variables que intervienen de manera determinante en la dependencia— y reconoce, en su artículo 4º, el derecho a la protección de la salud y a una pensión no contributiva con carácter universal.

VI.2 Ley General de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

La Ley General de los Derechos de las Personas Adultas Mayores¹⁹ constituye el eje rector de la política pública dirigida a este sector. Establece principios de autonomía, reconoce las situaciones de dependencia, define un catálogo de derechos y las atribuciones del Estado para cumplirlos. Sin embargo, su enfoque predominante continúa siendo asistencialista: en situaciones de dependencia, la carga del cuidado se desplaza hacia la familia, sin establecer mecanismos robustos de corresponsabilidad estatal ni de garantía efectiva de los derechos enunciados. Sin mecanismos para garantizar su aplicabilidad, sigue sin ser un instrumento de defensa y/o protección eficaz para las personas mayores.

VI.3 Modelos jurídicos de la dependencia

El tratamiento jurídico de la dependencia oscila entre dos modelos: el paternalismo jurídico que autoriza al Estado a designar un representante familiar que sustituya la voluntad de la persona mayor —tomando decisiones médicas, financieras y residenciales en su nombre— sin requerir su consentimiento, bajo la premisa de carecer de capacidad para otorgarlo. Este modelo, provee de el régimen de interdicción sin mecanismos de seguimiento para evaluar el cumplimiento del tutor con respecto a los derechos de la persona tutorada. Este modelo ha sido criticado por la violación del derecho a la autonomía, la capacidad jurídica y el acceso a la justicia.

El modelo de apoyos y salvaguardias, alineado con los instrumentos internacionales actuales, propone un enfoque diferente: en lugar de desplazar la decisión a una entidad jurídica sustituta, genera un sistema de apoyos que preserva la voluntad y la decisión en la propia persona mayor. La eliminación de la figura de la interdicción —y su reemplazo por un sistema de apoyos graduales y proporcionales— representa uno de los principales desafíos pendientes del ordenamiento jurídico mexicano. El juicio de interdicción ha sido eliminado de los procedimientos legales en México, al tiempo que se trabaja en un código de procedimientos

¹⁹ DOF (*Diario Oficial de la Federación*), *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, Gobierno de México, 2022.

penales y civiles que establezca el modelo de apoyos; así como las reformas correspondientes a todos los instrumentos jurídicos involucrados.²⁰

VI.4 Ley General de Salud

La Ley General de Salud²¹ contiene disposiciones relativas a la atención de grupos vulnerables, entre ellos las personas adultas mayores y con discapacidad. En varios de sus artículos reconoce la facultad de los familiares para tomar decisiones en ausencia de capacidad del paciente, la obligación del personal de salud de brindar información adaptada para posibilitar decisiones informadas, el reconocimiento de la voluntad anticipada y la función de los comités de ética hospitalaria en la toma de decisiones. No obstante, la formación insuficiente del personal de salud en perspectiva geriátrica y de derechos humanos limita en la práctica la efectividad de estas disposiciones. Las narrativas paternalistas dominan la experiencia en la atención médica, la dificultad de conciliar tiempo y escucha de las personas mayores acrecienta la brecha entre el paciente y el médico.

VII. Discusión

VII.1 Limitaciones del sistema de salud

México cuenta con aproximadamente 1,300 geriatras para atender a toda la población adulta mayor lo que representa una proporción notoriamente insuficiente.²² La escasez se agudiza en subespecialidades como la psicogeriatría, la rehabilitación física y cognitiva para población geriátrica. La formación médica general carece de la perspectiva geriátrica necesaria para atender adecuadamente a este sector, lo que produce sesgos clínicos que se expresan en polifarmacia, desencuentros entre indicaciones de distintas especialidades y, en el ámbito de los derechos humanos, en prácticas que ignoran al paciente y se concentran exclusivamente en el cuidador: limitación de la autonomía en decisiones de fin de vida, evasión de información sobre diagnósticos y pronósticos, y reducción del consentimiento informado a un trámite burocrático.

²⁰ La iniciativa para derogar la figura de interdicción ocurrió en 2025 y será en 2027 cuando entre en vigor el nuevo Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares, agregando como instrumento el modelo de apoyos y salvaguardas.

²¹ DOF, (Diario Oficial de la Federación), *Ley General de Salud*, Gobierno de México, 2026.

²² *Excelsior*, *Día del abuelo: México envejece sin geriatras*, Recurso en línea, 2025.

La ausencia de consulta médica domiciliaria sistemática, de servicios de teleasistencia y de telemedicina regulada en el sector público reproduce la exclusión de los derechos civiles a partir de las limitaciones físicas, configurando una forma de violencia institucional normalizada. Para el caso de la atención médica privada el panorama apenas mejora un poco; la capacidad de atender y cuidar depende de lo económico, pero también de la limitación de personal de salud, los medicamentos y los cuidados profesionales escasos; de acuerdo con las investigaciones acerca del cuidado profesional en México²³ los cuidados a personas mayores con dependencia son realizados por, trabajadoras domésticas en la mayoría de los casos, por enfermeras o asistentes en períodos de gravedad. Las casas de larga estadía incrementan exponencialmente sus costos para atender a esta población, es por ello, que la mejor opción es mantenerlos en casa con un cuidador designado.

VII.2 Sistema nacional de cuidados

La inexistencia de un sistema nacional de cuidados con reglamentos claros, presupuesto asignado y cobertura universal constituye la brecha más significativa entre el marco normativo y la realidad de las personas mayores con dependencia. Las opciones disponibles en México se limitan, para la mayoría de la población, a una pensión no contributiva mínima y a servicios de salud fragmentados con escasez de personal capacitado y medicamentos insuficientes. Si bien se discute actualmente la Ley del Sistema de Cuidados,²⁴ su eventual aprobación requerirá un aparato normativo reglamentario y, sobre todo, la asignación presupuestal es indispensable para garantizar su cumplimiento efectivo. El activismo político de cuidadores ha permitido que esté en la agenda política mexicana, con trabajo constante para lograr el sistema nacional de cuidados. Los primeros trabajos se realizaron en la Ciudad de México, extendiéndose en el año 2025 a mesas de trabajo de coordinación interinstitucional con la finalidad de tener un diagnóstico y perspectiva transversal de los cuidados.

²³ ROBLES, Leticia y VÁZQUEZ, Elba, “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar” en *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17.2, 2008, p. 225-231, CUÉLLAR, Paola y HERNANDEZ, Oscar, “COVID 19 en la vejez institucionalizada: cuidados de las personas mayores en la frontera norte de México” en *Revista Kairós-Gerontología*, 24, 2021 p. 115-148.

²⁴ La propuesta de Ley del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México fue presentada en 2025 contemplando a la población menor de 12 años, las personas con discapacidad y las personas mayores de 65 años como su población objetivo. Esta ley continúa en discusión para su aprobación por las cámaras locales.

VII.3 Biopolítica y gestión de la dependencia

La gestión estatal de la dependencia en México puede leerse como un ejercicio biopolítico²⁵ prioriza los parámetros biológicos de sobrevivencia: la regulación del cuerpo individual — biomarcadores, integridad corporal, adherencia al tratamiento, constancias de sobrevivencia— en detrimento de las dimensiones emocionales, sociales y relacionales de la persona. Esta gestión proviene de un cambio a nivel global, una vez que se logró la prolongación de los años vividos se gestó una problemática: la inclusión de los cuerpos envejecidos. El tratamiento del cuerpo envejecido como población ha impulsado una narrativa del riesgo epidemiológico y la carga financiera que suponen los fondos de pensiones y la sobrecarga de los sistemas sanitarios; lo anterior, en lugar de cuestionar un sistema socioeconómico que excluye cuerpos que no siguen la norma productiva. Además, el tratamiento del cuerpo de forma individual conlleva procesos de medicalización y vigilancia para mantener al cuerpo funcional en el sentido de participar del modo consumidor, no por los valores asociados al acceso a la salud. La narrativa del envejecimiento activo y saludable se configura como un dispositivo que no se centra únicamente en el valor de la salud y bienestar; sino en el mandato biopolítico de responsabilizar al individuo de su salud, ignorando los determinantes sociales de la salud.

Esta lógica reduce el cuerpo del adulto mayor a una sola dimensión, desprendiéndolo de su cuerpo social y de su capacidad de agencia. El cuerpo social está excluido, recluido en un espacio de la casa, desconectado de la sociedad, cuidado por una red social escasa (a veces de un solo cuidador) que no cuenta con estructuras institucionales para ser considerado un ser social. El cuerpo político se construye a partir de la extensión de los cuidadores, quienes ponen su cuerpo y su voz para visibilizar las demandas de las personas mayores con dependencia; limitando su actuar a las necesidades percibidas por el cuidador, con dificultades para articular las diferentes narrativas del vivir con dependencia.

La combinación de vejez y dependencia activa, genera dispositivos de control para dejar morir, hacer vivir²⁶ en la marginación a las personas mayores con limitaciones de movilidad, limitaciones en competencias cognitivas, presentes en los discursos políticos y ausentes en las acciones estatales. De los trabajos que se han dedicado a este sector destaca la sobrecarga del

25 ZUÑIGA, Alejandra, “Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud” en *Convergencia*, 18:55, 2026, p. 191-211.

²⁶ *Idem*.

cuidador, la escasez de atención y de acompañamiento, reforzando la narrativa de ser cuerpos que pueden olvidarse. En países como México, donde los recursos destinados al sistema de salud han experimentado recortes significativos²⁷ esta lógica se traduce en una narrativa que enmascara la privación de atención médica y social como imperativo de buena administración pública. Al mismo tiempo que, sectores políticamente movilizados como las feministas empujan el cuidado en el centro de la vida, avanzando en la asignación de recursos y posicionamiento de los cuidados como corresponsabilidad de todos los sectores de la sociedad.

VII.4 El cuidado como bien público y derecho humano

El análisis presentado permite discutir que la justicia social para la persona mayor no puede construirse sobre la base de la explotación doméstica. Requiere una infraestructura pública que reconozca el cuidado como un bien público y un derecho humano universal, y no como una obligación privada derivada del parentesco o del género. La figura del *accompagnement* propuesta por Farmer²⁸ —que conceptualiza la medicina no solo como acción prescriptiva sino como acto de solidaridad con el otro— ofrece una orientación ética para el rediseño de los sistemas de atención: alejar los sesgos del edadismo, reconceptualizar a la persona mayor como responsabilidad clínica y social compartida, y acompañar la dependencia crónica con la misma dignidad que se debe otorgar durante la atención en el final de la vida.

VII.5 Justicia distributiva en el cuidado

La justicia distributiva,²⁹ como principio bioético, exige la asignación equitativa de recursos sanitarios y la distribución de las cargas del cuidado entre hombres y mujeres, entre distintos miembros de las familias y las comunidades, con el Estado como encargado principal de asegurar su acceso y sostenibilidad. Su aplicación al campo del envejecimiento con dependencia implica garantizar la igualdad de disponibilidad, trato y oportunidades, con independencia de las intersecciones sociales que caractericen a cada persona. La justicia para el adulto mayor dependiente consiste, en última instancia, en garantizar que, independientemente de sus condiciones de vida, el sujeto conserve su capacidad de agencia y su dignidad. Con la perspectiva

²⁷ CIEP (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria), *Gasto en salud para 2026: aumentos en hospitales y medicamentos; recortes en salud mental*, 2025, México. Recurso en línea.

²⁸ SCHINDLER, Hanna y WALLEN, Michelle, “Paul Farmer: A pioneer of global health, health equity, and health advocacy” en *Cureus*, 16:10, e70724, 2024.

²⁹ ZUÑIGA, Alejandra, “Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud” en *Convergencia*, 18:55, 2026, p. 191-211.

amplia de colaborar en que durante el curso de vida se puedan acumular ventajas y paliar desventajas acumuladas, para no constreñir las decisiones individuales.

VIII. Conclusiones

El análisis del marco normativo mexicano se evidencian avances significativos en la incorporación de los lineamientos de la CIPDHPM; sin embargo, persisten brechas estructurales entre el reconocimiento formal de los derechos y su garantía efectiva. El mayor desafío no reside en el aparato jurídico sino en su cumplimiento: existe una contradicción sustantiva entre la autonomía consagrada en los instrumentos internacionales y la capacidad real del Estado y de las familias para protegerla en la práctica cotidiana.

La dependencia sigue siendo tratada en la praxis judicial y administrativa como una causa de restricción de la personalidad jurídica, y no como una condición que exige la provisión de apoyos y ajustes razonables. La eliminación de la interdicción como figura jurídica, y su sustitución por un sistema robusto de apoyos graduales y proporcionales, representa un avance hacia el camino de la justicia social, que deberá acompañarse de capacitación del personal de salud, del personal legal que atiende las demandas civiles y penales, y en general de la sensibilización de las familias y la sociedad.

El modelo familista de cuidado, profundamente arraigado como la forma de interacción social para generar mecanismos de cuidado, infantiliza a la persona mayor y se olvida de la obligación del Estado, manteniendo el cuidado en el ámbito privado como obligación recíproca de la familia. Para transitar de este modelo a uno igualitario, se requiere construir la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y el mercado, bajo el principio de que el cuidado es un bien público cuya provisión no puede depender exclusivamente de las capacidades y disposición es de las redes familiares. Tomando en cuenta lo aquí discutido, se formulan las siguientes recomendaciones de política pública:

- a) Fortalecer en la institucionalización estatal del cuidado, con creación y fortalecimiento de servicios públicos de cuidado domiciliario, centros de día inclusivos y residencias de larga estadía con estándares de derechos humanos.

- b) Reconocer y retribuir el trabajo del cuidador familiar mediante mecanismos de compensación económica, seguridad social, mecanismos de respiro y apoyo psicosocial.
- c) Fortalecer las defensorías especializadas para personas adultas mayores, dotándolas de personal capacitado y presupuesto suficiente.
- d) Incorporar la perspectiva de envejecimiento y del curso de vida en los programas y presupuestos públicos, de manera transversal y con indicadores verificables.
- e) Erradicar los sesgos edadistas en la formación médica y en los protocolos de atención del sistema de salud, garantizando que el consentimiento informado sea un proceso efectivo de corresponsabilidad.

El problema central no es la fragilidad biológica de las personas mayores, sino la fragilidad de las instituciones, la ausencia de compromiso social y la violencia estructural contra quienes no cumplen el paradigma corporal productivo dominante. La protección de los derechos humanos de las personas mayores con dependencia representa un acto de justicia social y la presencia de un Estado democrático: el respeto a la autonomía en la dependencia no es un acto de caridad, sino el cumplimiento de un contrato social que reconoce que, los derechos no deben tener un carácter capacitista.

IX. Bibliografía

AMERICAN SOCIETY AGING, *Understanding Identity & Intersectionality*, Recurso en línea.

CIEP (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria), *Gasto en salud para 2026: aumentos en hospitales y medicamentos; recortes en salud mental*, México, 2025. Recurso en línea.

COMAS-D'ARGEMIR, Dolors y SORONELLAS-MASDEU, Montserrat, “Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales” en *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 22, 2021.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO), *Proyecciones de Población*, México, 2025. Recurso en Línea.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH), *Reforma constitucional en materia de derechos humanos, promoción de una nueva cultura de derechos humanos*, México, 2011. Recurso en línea.

- CUÉLLAR, Paola y HERNANDEZ, Oscar, “COVID 19 en la vejez institucionalizada: cuidados de las personas mayores en la frontera norte de México” en *Revista Kairós-Gerontologia*, 24, 2021.
- DANNEFER, Dale, “Dannefer, Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory” en *Journal of Gerontology*, 58B(6), 2003.
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, México, Gobierno de México, 2022. Recurso en línea.
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*), *Ley General de Salud*, Gobierno de México, 2026. Recurso en línea.
- EXCELSIOR, *Día del abuelo: México envejece sin geriatras*, 2025, Recurso en línea.
- FARMER, Paul, “An Anthropology of Structural Violence” en *Current Anthropology*, vol. 45:3, 2004.
- FOUCAULT, Michel, *Nacimiento de la biopolítica: curso en el College de France: 1978-1979*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- GUZMAN, José, HUENCHUAN, Sandra y MONTES DE OCA, Verónica, *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*, México, CEPAL, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Recurso en línea.
- INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA (INGER), *Sistema de cuidados para las personas mayores con dependencia en México: Diagnóstico y elementos clave para el diseño e implementación*, México, 2025. Recurso en línea.
- MÉNDEZ, Judith, *Gasto de bolsillo en salud: resultados de la ENIGH 2024*, México, CIEP, 2025. Recurso en línea.
- MORGANTE, María, “Personas Mayores y vulnerabilidad” en *Geronte. Revista de Estudios Sociales sobre la vejez*, vol 3, 2021.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, 2015. Recurso en línea.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, 2025. Recurso en línea.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU), *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006. Recurso en línea.
- ROBLES, Leticia y VÁZQUEZ, Elba, “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar” en *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17.2, 2008.

SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret, “The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology” en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol 1:1, 1987.

SCHINDLER, Hanna y WALLEN, Michelle, “Paul Farmer: A pionner of global health, health equity, and health advocacy” en *Cureus*, 16:10, 2024, e70724.

ZUÑIGA, Alejandra, “Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud” en *Convergencia*, 18:55, 2026.

