



Envejecimiento y discapacidad

Aging and disability

Dr. David Álvaro Escobar Rodríguez*

Es indudable que el envejecimiento y la discapacidad son dos términos que cada vez están más íntimamente interrelacionados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2025 el porcentaje de adultos mayores (AM) (60 años y más) a nivel mundial casi se duplicó, pasando del 12 al 22%.¹ En México, al igual que en varios países de Latinoamérica, estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo avalan una avanzada transición demográfica. En 2015 se contabilizaron aproximadamente 12 millones de AM, lo equivalente al 10% de la población en ese momento, y se espera que para el 2050 este grupo llegue a representar el 25% de la población, con alrededor de 40 millones de personas.²

Los datos anteriores son sumamente importantes, tomando en consideración que, para el año 2050, el 80% de las personas AM a nivel mundial vivirán en países de bajos y medianos ingresos, en los cuales los sistemas de salud y la estructura asistencial enfrentarán grandes retos para brindar atención de calidad ante dichos cambios demográficos.²

El proceso de envejecimiento por sí sólo conlleva una serie de cambios, incluida una disminución en la capacidad de nuestro organismo de adaptarse a las condiciones imperantes en el medio ambiente. Aun cuando se habla de envejecimiento exitoso como un proceso deseable en la población de AM, lo cierto es que también se asocia con una serie de enfermedades añadidas que interfieren con el funcionamiento a diversos niveles.³ Así como otras enfermedades cronicodegenerativas, pérdida de audición, cataratas y, en general, los síndromes geriátricos.¹

En España, por ejemplo, en una revisión de Bermejo y colaboradores de 2025, concluyeron que aproximadamente el 30% de la población española de más de 65 años es portadora de algún tipo de discapacidad, aun cuando no se ha investigado con detalle al respecto. Sus resultados indican que esta población enfrenta mayor dificultad para las actividades de la vida diaria, así como un estado de salud física deteriorado y sensación de menor inclusión social.⁴

Es importante destacar que, con el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, es posible detectar deficiencias en la función y/o estructura, así como limitaciones en la actividad y/o participación en la población de AM que tiene una condición de salud específica; también permite la fácil identificación de factores ambientales (facilitador o barrera) que pueden afectar su entorno.⁵

Un aspecto aún más impactante es el proceso de envejecimiento en la población portadora de alguna discapacidad; es sabido que el envejecimiento en la población general es un fenómeno importante para toda la sociedad, y que es considerado y aceptado como parte del desarrollo del ser humano. En este contexto, se puede puntualizar que el envejecimiento en la población general inicia alrededor de los 65 años; lo que no es tan claro es cuándo inicia en las personas con discapacidad, aunque reportes señalan un inicio más temprano, aproximadamente a los 45 años de edad, considerando que los cambios propios del envejecimiento también se ven acelerados en esta población. Los autores concluyen que este tópico no está bien estudiado y que constituye un reto importante

* Expresidente del Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación, A.C. México.

Citar como: Escobar RDÁ. Envejecimiento y discapacidad. Rev Mex Med Fis Rehab. 2026; 38 (1): 4-6. <https://dx.doi.org/10.35366/123363>



de abordar, investigar y ofrecer respuestas en la atención específica que esta población requiere.⁴

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la «Década del Envejecimiento Saludable», solicitando a la OMS liderar ese proyecto, el cual es de alcance mundial y tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas con AM a través de cuatro ejes: a) el cambio en la forma de pensar respecto a la edad y el edadismo; b) el desarrollo de comunidades que fomenten las capacidades de las personas con AM; c) disponer de servicios de atención integrada específicos para AM, y d) el acceso a la atención a largo plazo a los AM que lo requieran.¹

Obviamente, un recurso indispensable que contribuye a dar respuestas a los planteamientos anteriores es la rehabilitación, considerada como uno de los pilares de la cobertura sanitaria universal. Es comprensible suponer que la necesidad de rehabilitación se incrementa cada vez más debido a los cambios transicionales y a la morbilidad subyacente; conforme se incrementa la esperanza de vida se espera mayor prevalencia de enfermedades crónicas y, por ende, mayor discapacidad. Cifras de la OMS de 2024 sugieren la existencia de 2,400 millones de personas nivel mundial con algún tipo de afección y que requieren de rehabilitación para mejorar, y también señalan que más del 50% de esta población no tiene acceso a rehabilitación, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos; a esto hay que agregar las necesidades de rehabilitación que emanan de los desastres naturales y de los grandes conflictos armados. Lo anterior resalta la importancia de hacer llegar los servicios de rehabilitación a todo aquel que lo necesite.⁶

En la 76a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, en mayo 2023, se aprobó el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación en los sistemas de salud, otorgando amplio reconocimiento a la rehabilitación como prioridad de salud pública global. Entre los objetivos de la asamblea resalta la integración de la rehabilitación en todos los niveles de atención (incluida la atención primaria), como parte de la cobertura sanitaria universal; se resaltó la importancia de la rehabilitación como estrategia para un envejecimiento saludable, así como, entre otros, de apoyar la implementación de orientación técnica y recursos a nivel regional y local, y de integrar la tecnología de rehabilitación y asistencia en los equipos médicos, incluyendo la atención de rehabilitación a largo plazo. También se resalta que, en países de bajos y medianos ingresos, la rehabilitación está fragmentada y con ineficiencia para atender las necesidades de la población; lo anterior sumado a la insuficiencia de per-

sonal de rehabilitación (incluso, en algunos casos, la total ausencia de éste); lo anterior constituyen retos pendientes que solamente pueden resolverse con voluntad política de los gobiernos correspondientes.⁷

Desafortunadamente en medios rurales hay carencia de servicios de rehabilitación, y el personal sanitario de los centros de salud de esas regiones (por ejemplo, enfermeras y enfermeros) muestra escasa participación en la prestación de servicios de rehabilitación.⁸

En México se cuenta con infraestructura sólida en el Sector Salud para proporcionar atención especializada en materia de rehabilitación. Instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Teletón, la Secretaría de Salud (SS), entre otras, cuentan con atención de rehabilitación, además de la formación de recursos humanos en el área. En 2005, el IMSS integró la rehabilitación en el primer nivel de atención, con la implementación de 49 servicios especializados en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) para la atención de las 10 principales causas de atención en rehabilitación; actualmente son 51 las UMF con servicio de rehabilitación, además de 116 en segundo nivel y 22 en Unidades Médicas de Alta Especialidad, conformando un total de 189.⁹

No obstante, el crecimiento en la demanda de atención especializada por los cambios demográficos ya señalados hace impostergable el incremento en la estructura material y la formación de recursos humanos en rehabilitación, sobre todo en las zonas marginadas y carentes de servicios médicos.

REFERENCIAS

1. Envejecimiento y salud. Octubre 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20gran%20medida%20se%20debe,encuadrar%20sus%20pol%C3%ADticas%20en%20consecuencia>
2. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Banco Interamericano de desarrollo 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>
3. Pinilla CM, Ortiz AM, Suarez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Salud Uninorte*. 2021; 37 (2): 488-505.
4. Bermejo-Gómez I, García NJ, Roca RM. El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad: una revisión reciente de la literatura siguiendo las directrices PRISMA. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2026; 61: 101744. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X2600003X>
5. CIF. Disponible en: <https://www.who.int/es/standards/classifications/frequently-asked-questions/icd-11-implementation>
6. Rehabilitación, abril 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

7. OMS. Strengthening rehabilitation in health systems. December 2022. Available in: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_8-en.pdf
8. Dukuzimana MJ, Ukwizabigira JB, Muhire C, Jokinen K, Tumusiime DK, Murtonen KP et al. Rehabilitation needs at rural primary health care settings: perspectives of health center nurses in Burera district of Rwanda. *BMC Prim Care*. 2025; 26 (1): 224.
9. IMSS realiza 9 millones de sesiones de terapias de rehabilitación al año para optimizar funcionalidad de pacientes. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202406/287>

Correspondencia:

Dr. David Álvaro Escobar Rodríguez

E-mail: dr.escobar.smmfr@gmail.com