



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIALES**

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

**SITUACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PARA ADULTOS MAYORES EN EL ESTADO DE
CHIHUAHUA Y SU CAPACIDAD PARA BRINDAR
CONDICIONES PARA LA CALIDAD DE VIDA DE
SUS USUARIOS**

Tesina para obtener el Título de Licenciada en Sociología
presenta
María Cristina Guerrero Hermosillo
Número de cuenta 067315019
Licenciatura en Sociología
Generación 1967

Dr. Roberto Bermúdez Sánchez
Director de Tesina

Chihuahua, Chih; A 28 de Septiembre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Introducción	3
Sobre la institución donde se realizó la práctica profesional y las actividades desarrolladas	8
Metodología utilizada para la generación de información	11
Objeto de estudio	11
Instrumentos de Trabajo	13
Tiempo y espacio	13
Método	14
Marco teórico acerca de los conceptos de calidad de vida de los adultos mayores	15
Contexto situacional de los adultos mayores en Chihuahua y en México	20
El envejecimiento en México	20
Los adultos mayores chihuahuenses en 2005	26
Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor (PRODIA)	30
1999 Año Internacional del Adulto Mayor	33
Marco legal	35
La política pública	38
Análisis de la información relacionada con las características generales de los Centros de Atención para Adultos Mayores en Chihuahua	42
I. Análisis de frecuencias de las variables individuales	42
II. Análisis de frecuencias de las variables compuestas	54
III. Análisis por estratos	56
IV. Análisis de variaciones en el tiempo	61
Resumen de los resultados relevantes	66
Conclusiones	70
Fuentes de consulta	80
Anexos	83

INTRODUCCIÓN

“La Sociedad tiene para con las personas mayores el deber y la responsabilidad moral de retribuirles medios de vida, bienestar, agradecimiento y respeto, reconociendo que lo que hoy tenemos es fruto de su esfuerzo y dedicación”

ONU. 1999 Año Internacional del Adulto Mayor

Este postulado ha abanderado múltiples iniciativas a favor de las personas de edad avanzada, sobre todo aquellas que surgieron a partir de 1999, en que la Organización de las Naciones Unidas lo estableció como el Año Internacional del Adulto Mayor, con el lema “Por una sociedad para todas las edades”¹.

Y es precisamente este principio de reciprocidad el que motivó la realización del estudio que en adelante desarrollaré, consciente de que por razones demográficas y de justicia social, nuestros adultos mayores merecen tanto la gratitud de la sociedad a la que sirvieron y sirven, como el respaldo institucional para hacer de su existencia un espacio de desarrollo con dignidad y plenitud.

Durante mi práctica profesional como colaboradora en la Secretaría de Fomento Social del gobierno del estado de Chihuahua, por 14 años, desde la “Coordinación de las Organizaciones Asistenciales” y como “Responsable de las Organizaciones y Casas de Reposo del Adulto Mayor”², pude percatarme de las precarias condiciones de subsistencia que viven las personas de edad avanzada, sobre todo aquellas que se encuentran institucionalizadas.

En ejercicio de las facultades de vigilancia y supervisión a los organismos de asistencia social conferidas, y con el propósito de recabar información operativa de estas instituciones, llevé a cabo un diagnóstico situacional con 38 centros de atención para adultos mayores de la

¹ Resolución 47/5 de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento

² Programas de la Dirección de Desarrollo Social y el Departamento de Servicios Jurídicos, de la Secretaría de fomento Social del Gobierno del Estado de Chihuahua

entidad en el año 2006, mediante la visita, entrevista, encuesta y observación de cada uno de ellos, lo cual me permitió hacer una caracterización de los mismos.

Posteriormente, en 2011, desde mi posición como colaboradora de la “Junta de Asistencia Privada”³, tuve oportunidad de repetir el ejercicio con 24 centros de atención que estaban siendo apoyados económicamente por este organismo. En esta ocasión solo participaron cuatro centros de los revisados en el estudio original y se utilizó un instrumento para la recolección de información con variables diferentes en lo general, pero que contenía diez de las utilizadas en 2006.

La recolección de datos en estas investigaciones, me permitió conocer el grado de cumplimiento de los objetos sociales y los servicios de cada institución, los apoyos con los que cuentan y los que requieren, la población atendida, la capacidad instalada y la ocupación en los mismos, sus fuentes de financiamiento, organización patrimonial y en recursos humanos, así como la evaluación de algunos rubros como la atención a la población, higiene, alimentación y vigilancia.

La información recabada en ambas intervenciones (2006 y 2011) ha sido interpretada en el presente documento para presentar una fotografía de la realidad de los centros de atención de adultos mayores en el estado de Chihuahua, con relación a su capacidad para brindar condiciones de calidad de vida a sus usuarios.

Para la realización de este análisis se ha hecho uso de herramientas estadísticas que le confieren altos niveles de confianza a los resultados obtenidos.

El análisis de la información se realizó a la luz de la conceptualización de calidad de vida, y se arribó a conclusiones que aquí se plantean con la finalidad de que este estudio pueda ser una herramienta útil para las instancias públicas y privadas que comparten el objetivo de mejorar el nivel de bienestar y oportunidades de desarrollo pleno de este grupo de

³ Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, sectorizado a la Secretaría de Fomento Social, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y autonomía de gestión propios, con domicilio en la ciudad de Chihuahua.

población, para impulsar acciones que compensen las carencias y necesidades que actualmente enfrentan.

El objetivo general del presente trabajo ha sido el de realizar un análisis a la información levantada en el estudio a los centros de atención para adultos mayores del estado de Chihuahua, que ponga de relieve sus principales características, a la luz del concepto de calidad de vida, y con ello determinar la capacidad que tienen o no tienen estos centros para brindar a sus usuarios condiciones de bienestar, satisfacción y desarrollo pleno.

De manera particular pretende:

1. Conocer en forma metódica la situación de los centros de atención para adultos mayores en el estado de Chihuahua;
2. Enmarcar teóricamente la calidad del servicio que prestan a sus usuarios; y
3. Destacar las áreas de oportunidad en la atención de los adultos mayores por parte de estas instituciones.

La hipótesis principal en torno a la cual se ha desarrollado el análisis es que “Los centros de atención para adultos mayores no tienen la capacidad de brindar condiciones de calidad de vida a sus usuarios”. Así mismo, considerando como una hipótesis complementaria que “Los esfuerzos de la sociedad y el gobierno son insuficientes para proveer calidad de vida a los adultos mayores chihuahuenses”.

¿Por qué es importante abordar este tema? Porque para fines del presente siglo se habrán agregado 20 años a la esperanza media de vida y en el curso de unas pocas generaciones, la proporción de personas de 60 o más años de edad pasará de 1 de cada 14 a 1 de cada 4.

La conciencia de este cambio demográfico surge en un momento en que el progreso y la dinámica implícita de la sociedad la han llevado a percibir la tercera edad como una etapa de decadencia, sin sentido de vida, considerando que toda vez que los adultos mayores han sido segregados de las actividades laborales, ya no hay nada más que hacer. Este concepto negativo del envejecimiento concibe a las personas mayores como una carga, un lastre

económico y moral para las familias, que lejos de aprovechar el potencial de experiencia, valores y tradiciones que sus adultos mayores pueden proporcionarles, los relega y abandona.

Olvidando que, en el mejor de los casos, todos llegaremos a esta etapa de la vida, la sociedad niega a los adultos mayores espacios de participación; espacios laborales, deportivos y recreativos que les permitan seguir desarrollando como personas hasta el último momento de sus vidas. Esta situación se hace aún más grave si volvemos la mirada hacia los centros de atención para adultos mayores, que en nuestra comunidad significan la oportunidad para algunas familias de transferir su responsabilidad de atención y cuidado a las instituciones que con gran corazón los reciben.

Con las mejores intenciones y bastantes carencias, muchas personas y organizaciones, se entregan diariamente al cuidado de los adultos mayores en estos centros, para luego verse inmersos en una problemática difícil de resolver.

Las familias que ingresan a un adulto mayor en un centro de atención, a veces contra su voluntad, se van desligando de él paulatinamente; primero dejando de visitarlo y en muchos de los casos omitiendo incluso pagar por que lo atiendan, lo que propicia el grave déficit económico al que se enfrentan los encargados de estas instituciones, que deben entonces ocupar su tiempo y atención en procurar los recursos para garantizar el pan de cada día.

Gracias a los adelantos en la medicina la esperanza de vida en nuestro estado, así como en todas las sociedades del mundo, ha aumentado considerablemente. Por ello el reto de esta generación es proveer lo necesario para garantizar una buena calidad de vida a esos años que hemos agregado a la existencia.

Sabemos que la salud física, mental y social de los adultos mayores dependen en gran medida de las oportunidades de desarrollo que les brinde el entorno, tales como las acciones preventivas de salud, la terapia física y de rehabilitación, así como los espacios adecuados para socializar, producir, ejercitar y divertirse, que satisfagan las necesidades elementales y humanas de los mismos.

No se trata sólo de vivir más, sino también de vivir mejor. Dar mas vida a los años y no solamente años a la vida.

Hago votos por que el esfuerzo de investigar y difundir sistemáticamente información en torno a la situación en que se desenvuelve la vida de los adultos mayores, permita que la sociedad desde los diferentes niveles y posiciones, esté capacitada para tomar decisiones más adecuadas y oportunas a su favor, ya que indudablemente, el incremento del número de adultos mayores en la sociedad requiere que se aumente la efectividad en todas las formas de cuidado dirigidas hacia esa población.

SOBRE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS

La Secretaría de Fomento Social (SFS), ahora llamada Secretaría de Desarrollo Social, es una instancia del gobierno estatal que impulsa políticas públicas de desarrollo social y humano para elevar los índices de bienestar de la población del estado de Chihuahua; a través de programas y proyectos orientados a la atención de los derechos sociales, promoviendo la igualdad de género y la participación activa de los sectores público, social y privado. Es el brazo social del poder ejecutivo.

Para tal efecto, y con relación a la atención de los adultos mayores, la SFS cuenta con los siguientes programas⁴:

- Asesoría, gestión y canalización de solicitudes para recibir los servicios de salud, educación, vivienda, accesibilidad, entre otros, proporcionados por las dependencias de gobierno.
- Asesoría jurídica.
- Credencialización para descuentos en transporte urbano.
- Capacitación para el empleo y el auto empleo.
- Prevención de la discriminación.
- Atención de quejas de actos de discriminación.
- Apoyos funcionales a personas con discapacidad (auditiva, visual o motora) de escasos recursos.
- Descuento en el cobro de recibo de agua domiciliario en colaboración con la Junta Municipal de Agua y Saneamiento.
- Beca alimentaria para la persona adulta mayor de 65 años en extrema vulnerabilidad, así como afiliación de forma simultánea al Seguro Popular.

⁴ Catalogo de Servicios de la Secretaria de Desarrollo Social

- Círculos de la amistad por medio de actividades educativas, deportivas, sociales y de esparcimiento en general.
- Centros de encuentro social con la persona adulta mayor (acciones productivas para la autonomía, independencia y desarrollo).
- Apoyo a los asilos.
- Jardín del abuelo (Estancias de sociabilización, mediante prácticas y talleres que artísticas, culturales, acondicionamiento físico y terapia psicológica).
- Bolsa de trabajo.
- Apoyos funerarios.
- Apoyo de pañales.
- Programa de asistencia social (apoyos emergentes como despensa, leche, pañales, estudios médicos, funerales, etc.).
- Consulta de medicina física y rehabilitación.
- Programa de ótesis y prótesis.
- Expedición de la credencial del INAPAM.
- Inscripción al club de la tercera edad.
- Programa de electrodiagnóstico y rayos x simples.
- Programa de denuncias anónimas.

A lo largo de 14 años colaboré en diferentes espacios de esta institución, implementando las acciones de desarrollo que desde esta Secretaría se emprenden a favor de diferentes grupos de población. Gran parte de mi trayectoria la llevé a cabo en programas relacionados con las personas de edad avanzada, siendo responsable de diferentes iniciativas como:

- Coordinadora de las Asociaciones Civiles, en el Programa del Adulto Mayor;
- Coordinadora de las Organizaciones Asistenciales;
- Responsable de las Organizaciones y Casas de Reposo del Adulto Mayor;
- Coordinadora del Padrón Estatal de Asociaciones Civiles;

- Responsable de la elaboración del padrón de servicios públicos y privados para la comunidad en el estado de Chihuahua;
- Responsable del Comité de Inspección y Vigilancia de las Instituciones de Beneficencia Privada; y
- Coordinadora del programa de descendientes de Veteranos de la Revolución.

En dichas responsabilidades llevé a cabo funciones de vinculación, investigación, gestión, apoyo, capacitación, supervisión, organización, registro, análisis y propuestas, y contribuí a incrementar el acervo informativo y a la generación de conocimiento en diversas materias.

La interacción constante con las personas de edad avanzada a través de los diferentes programas en que colaboré, me hizo tomar conciencia de la necesidad que tiene nuestra sociedad de asegurar medios de vida digna para sus habitantes, en todas las edades y espacios que les toque vivir, ya que entonces se percibían en nuestra entidad grandes áreas de oportunidad relacionadas con los adultos mayores y sobre todo con las instituciones que los atienden.

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

Objeto de estudio

Se estudiaron 38 centros atención para adultos mayores, distribuidos en 14 localidades del estado de Chihuahua: Aldama, Camargo, Chihuahua, Chinipas, Cuauhtémoc, Delicias, Delicias, Jiménez, Juárez, Madera, Meoqui, Ojinaga, Saucillo y Sta. Bárbara.

Cabe resaltar que estas 38 instituciones revisadas no son todas las existentes en el territorio estatal, pero si aquellas que dentro de la Secretaria de Fomento Social se tenían plenamente identificadas al momento del estudio.

La tabla que se muestra a continuación, contiene una relación de los centros de atención incluidos en el estudio, indicando la localidad del Estado donde se ubican y el número de usuarios que atienden, a saber:

INSTITUCIÓN	LOCALIDAD	OCUPACIÓN	
		HOMBRES	MUJERES
Asilo de Ancianos El Buen Samaritano AC	Delicias	14	14
Hogar para Ancianos San Judas Tadeo	Camargo	10	12
Casa Hogar San José	Chinipas	14	8
Casa del Adulto Mayor Fray Justo Goizueta	Madera	8	3
Juventud y Senectud AC	Juárez	0	14
Fraternidad Luz y Amor	Juárez	6	20
Misión del Sagrado Corazón de Jesús AC	Saucillo	2	5
Consejo de Ancianos Barrio Azul AC	Juárez	0	0

Asilo de Ancianos Santo Cristo AC	Jiménez	9	8
Micaela Ortiz Ruiz AC	Aldama	13	17
Casa del Niño y del Anciano México AC	Juárez	18	35
Asilo de Ancianos Municipal Ma. Concepción Esparza	Sta. Bárbara	3	18
Casa Hogar Ancianos DIF Estatal Meoqui	Meoqui	5	7
San Miguel Arcángel AC	Meoqui	5	2
Casa del Peregrino Felipe Ángeles AC	Chihuahua	25	0
Karen de Nuestra Sra. De Guadalupe AC	Ojinaga	10	4
Primavera en Invierno AC	Chihuahua	32	32
Culturas Juveniles AC	Chihuahua	15	15
Asilo de Ancianos Bocado del Pobre IBP	Chihuahua	27	28
San Vicente de Paul AC	Chihuahua	29	34
Asilo Sn Antonio de SENEUCU	Juárez	49	49
Casa Hogar para Ancianos Inesita AC	Juárez	11	8
Asilo de Ancianos San Rafael	Juárez	0	0
Hogar de Ancianos Israel	Juárez	0	14
Rincón del Amor	Chihuahua	29	20
Amor y Fe AC	Chihuahua	0	29
Casa de Asistencia Mi Querido Viejo	Chihuahua	0	8
Estancia Quinta Dorada	Chihuahua	3	12
Hogar de día Dora de la Madrid	Chihuahua	3	17
Villa San Felipe AC	Chihuahua	2	10

Mano Amiga del Anciano AC	Chihuahua	10	38
Granja Hogar para Ancianos AC	Cuauhtémoc	3	8
Villa San Michel AC	Chihuahua	7	25
Club de la Tercera Edad Vencedores de la Vida AC	Delicias	20	20
Consejo Estatal de Solidaridad con el Senecto AC	Chihuahua	20	20
Casa de Adaptación para el Adulto Mayor Santa María de los Niños	Chihuahua	6	4
La Casa del Buen Pastor AC	Chihuahua	0	15
Asilo de Ancianos Abendfrieden	Cuauhtémoc	7	28

Instrumentos de trabajo

Se diseñó una encuesta, que obedeciera a los objetivos propuestos y recogiera la información de manera sencilla. Se eligió este instrumento por su costo accesible y en general por ser una técnica confiable para obtener información. Dicha encuesta contiene 22 preguntas relativas a su situación jurídica, objeto social, tipo de organización, servicios que se prestan a los usuarios, capacidad y cupo, fuentes de financiamiento, cuotas de recuperación, recursos humanos y patrimonio.

Así mismo se elaboró una batería de 5 variables para evaluar mediante la observación de campo: la calidad del mobiliario, así como la atención, higiene, alimentación y vigilancia que se presta a los usuarios.

Tiempo y espacio

El estudio inicial se realizó a nivel estatal, en el período comprendido de febrero a junio de 2006.

Como se mencionó en la presentación, en el año de 2011 se llevó a cabo un segundo estudio que contemplaba diferentes variables en general, con excepción de diez de ellas, y otro universo de instituciones, salvo que incluía a cuatro de las revisadas en el estudio inicial. Por lo anterior, se aprovechó ese espacio de coincidencia para hacer un análisis de las variaciones sucedidas en el tiempo en cuatro centros de atención.

Método

Se estudió directamente a los centros de atención para el adulto mayor, de acuerdo a las siguientes etapas: planeación, diseño de cuestionarios, trabajo de campo, codificación, análisis e interpretación de resultados y conclusiones.

Se recopilaron datos a través de la observación, la entrevista, el cuestionario y la investigación documental de fuentes de nivel secundario.

El método seleccionado para el cumplimiento de los objetivos previamente citados, parte de herramientas de análisis estadístico que permiten una visión panorámica de los centros de atención para adultos mayores en Chihuahua, a través de 81 variables individuales, y gradualmente va reduciendo el espectro de variables para identificar las principales y más determinantes en la caracterización de estos centros.

Este proceso fue orientado a la identificación de las principales características que influyen en el buen desempeño de los centros de atención para adultos mayores y en su capacidad para brindar condiciones para la calidad de vida de sus usuarios, considerando las siguientes técnicas:

- Análisis de frecuencias de las variables individuales;
- Análisis de frecuencias de variables compuestas; y
- Análisis estratificado.

Posteriormente se compararon los resultados del estudio inicial con los obtenidos en el estudio realizado en 2011, para hacer un análisis de las variaciones en el tiempo en los cuatro centros que fueron revisados en ambas ocasiones.

MARCO TEÓRICO ACERCA DE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Para efectos del presente análisis se considera como adultos mayores a la población de 60 años o más, aún y cuando la edad sea un criterio convencional que no necesariamente representa la realidad individual, pero lo hacemos en concordancia con el criterio adoptado en la mayoría de las investigaciones sociodemográficas sobre el tema y en pleno apego a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que rige en el país.

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México y en el mundo, la estructura por edad y sexo de la población está sufriendo cambios significativos; entre los que destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.

Todos estos cambios se expresan principalmente en el indicador denominado “relación de dependencia demográfica”, que refleja la situación de incapacidad del individuo para valerse por sí mismo, vinculada con la edad, y que considera demográficamente dependientes a los menores de 15 años y a los de 60 años o más, partiendo del supuesto de que los más jóvenes y los ancianos no son “autónomos económicamente” y por ello son dependientes de otras personas que deben sostenerlas con su actividad.

En este tenor, la mayoría de los adultos mayores son un grupo de población altamente dependiente, con un riesgo social que resulta del propio avance de la edad y que se ve acentuado por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud, por su mayor propensión a presentar limitaciones físicas o mentales, y debido a factores propios de su ambiente doméstico o comunitario; lo que los convierte en un grupo vulnerable, propenso a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros.

El proceso de envejecimiento es resultado del descenso de la mortalidad general, sin embargo, es un reto que tal progreso vaya acompañado de mejoras en la calidad de vida.

Ante este desafío, hay que considerar además que los cambios en el papel y la estructura

de la familia están cambiando las formas tradicionales de cuidado de las personas de mayor edad y por tanto es de especial interés conocer el potencial que tienen los centros de atención a quienes se les encomienda el cuidado de los adultos mayores, para contribuir al desarrollo pleno y satisfactorio de este creciente grupo de población.

A efecto de lo anterior, el presente estudio analiza las características de estas instituciones, a la luz del concepto de calidad de vida.

Inicialmente este concepto solo consideraba las condiciones de vida de una persona y luego se agregó la satisfacción experimentada con dichas condiciones.⁵

Desde los estudios que realizó Baltes (1985) sobre calidad de vida, se fundamentó que la satisfacción de las necesidades es lo que condiciona la llamada “calidad de vida”, con condiciones objetivas, materiales y sociales que brindan al hombre determinadas oportunidades para su realización personal⁶.

Posteriormente la OMS (1992) incorpora en el concepto de calidad de vida a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características de su ambiente, como el medio sociodemográfico, arquitectónico y sanitario que de alguna manera afectan las capacidades funcionales primarias de protección, salud de una persona y en su búsqueda de la satisfacción de sus deseos, dentro de una descripción de la buena calidad de vida.

Entre los primeros conceptos de la calidad de vida que han sido ligados a la situación del adulto mayor, está el propuesto por Fernández Ballesteros (1998), quien señaló una serie de componentes que parecen determinar la calidad de vida: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios

⁵ Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile, Agosto de 2011

⁶ Baltes, M., y Werner Wahl, H. (1985) “Dependencia de los ancianos”, Gerontología Clínica. Intervención psicológica y Social

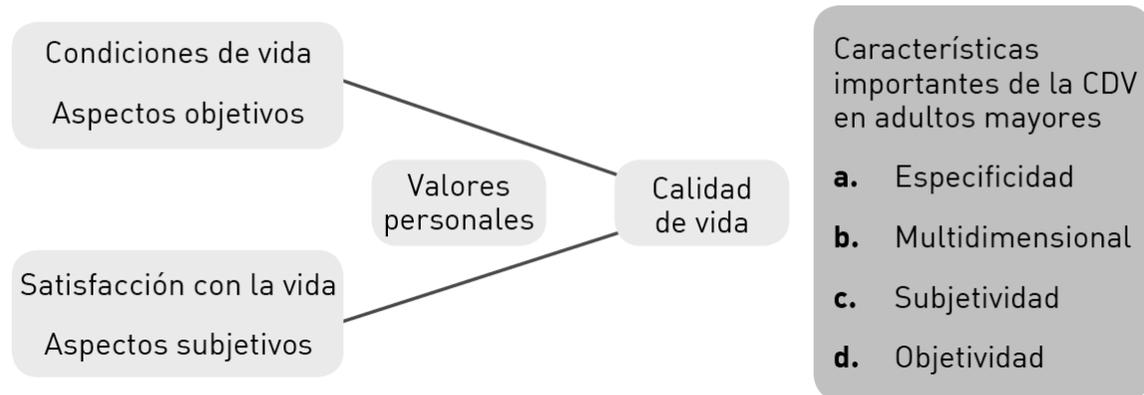
sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa, en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educativas (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Con base en los anteriores postulados, no es posible hablar de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, porque primordialmente debemos tomar en cuenta que todo concepto de calidad de vida desarrollado en relación con el estado de salud tiene como propósito central el identificar en el individuo un buen nivel de salud física y emocional, o de lo contrario una mala calidad de vida producto de varios indicadores que no han sido evaluados adecuadamente, y como consecuencia repercuten en un deterioro natural del organismo, hasta provocar severas alteraciones en el proceso evolutivo y de desarrollo, como en lo relacionado con las condiciones en donde vive el adulto mayor, expresadas mediante la ausencia de actividades funcionales como el desarrollo psicomotor, cognitivo, que paulatinamente disminuyen como consecuencia de una interacción con su entorno externo vinculado con su entorno interno⁷.

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud física, el estado emocional, la intelectualidad y por aspectos sociales, espirituales, financieros y medioambientales.



⁷ Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos. Flores, V. M. E., Valle, B. M. A., y Muñoz, D. A. (2009) "Calidad de vida y salud en el anciano en el siglo xxi", en Cervantes, C. A., y Flores Villavicencio, M. E. (eds.), Psicología de la salud en el anciano del siglo XXI

CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD DE VIDA (CDV)



Con relación a los adultos mayores, hay cuatro aspectos que son inherentes a cualquier conceptualización de la calidad de vida:

- La calidad de vida en las personas de edad avanzada tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad (ESPECIFICIDAD), por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.
- La calidad de vida contempla múltiples factores (MULTIDIMENSIONAL), entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.

- La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad (OBJETIVIDAD). Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de ingreso, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros. Igualmente implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros.
- El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida (SUBJETIVIDAD), tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros.

Como resultado de todas las consideraciones antes citadas emerge la gran cuestión de este estudio: *¿Tendrán los centros de atención para adultos mayores en Chihuahua la capacidad para brindar condiciones para la calidad de vida de sus usuarios?*

CONTEXTO SITUACIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHIHUAHUA Y EN MÉXICO

Diversos estudios coinciden en identificar a la década de los sesenta como el inicio de la transición demográfica hacia un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de los adultos mayores en la sociedad. La disminución de la mortalidad y la fecundidad han transformado la pirámide de la población, estrechando su base y ampliando su cúspide.

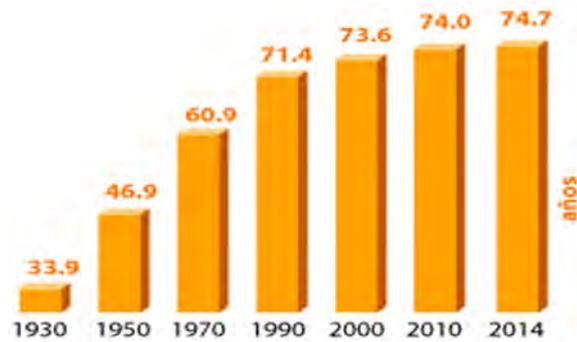
Este rápido proceso de envejecimiento demográfico se veía ya desde finales del siglo XX como un fenómeno inevitable e irreversible, que se presenta progresivamente en toda la población mundial, y que para efectos de previsión estratégica, la atención a este tema desplaza en importancia y consecuencias a la explosión demográfica de las décadas previas.

Muchos elementos configuraron el entorno del adulto mayor y de los centros de atención en el año 2006 en que se realizó el estudio. Algunos más, podríamos decir, fueron precursores y sentaron las bases de la dinámica social relacionada con la población de adultos mayores en nuestra entidad. En adelante se describen algunos de los más relevantes y en las conclusiones se disertará sobre su importancia e influencia.

EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Aun cuando México tenía en ese momento una población mayoritariamente joven —lo que se refleja en el hecho de que más del 50% de la población tenía menos de 22 años en 2005—, no es menos cierto que el país venía experimentando también, en las últimas décadas, un claro proceso de envejecimiento demográfico, puesto de manifiesto en el notable incremento de la población adulta mayor, como se puede observar en el siguiente gráfico:

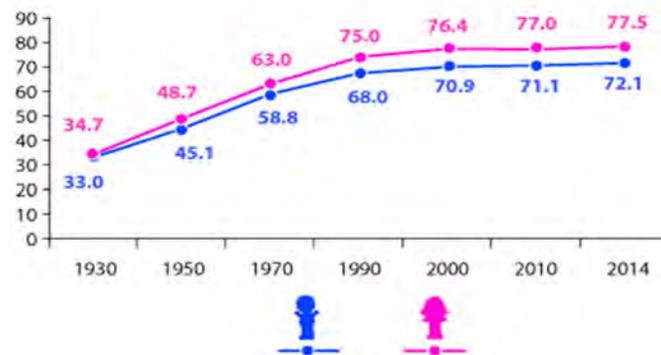
Esperanza de vida al nacer (1930 – 2014)⁸



Este aumento se refleja tanto en números absolutos como relativos: mientras en 1990 había en el país casi cinco millones de habitantes con 60 años o más (esto es, 6.1% de la población total), en el año 2000 la cifra se incrementó en 42%, rebasando los siete millones 300 mil habitantes (lo que representa 7.3% de la población total).⁹

En nuestro país, las mujeres viven en promedio más años que los hombres: en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33 años. Y al año 2000 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres.

Esperanza de vida en México¹⁰



⁸ Fuentes: Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014.

⁹ Fuentes: 1990: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda. 2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliad. México, 2000.

¹⁰ Fuentes: Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014.

En 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61 años y en el 2000 fue de 74 años.

Es necesario destacar el predominio de la población femenina en la población mexicana mayor de 64 años. En términos generales la población femenina es 20% mayor que la masculina en este grupo, aunque es evidente que este predominio se acrecenta con el paso de los años, pues en las edades más avanzadas —en particular después de los 85 años— la población femenina es, desde 1995, más de 40% mayor que la masculina.

Razón población femenina/población masculina por grupos de edad, 1990-2010¹¹

	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>
65-69 años	1.14	1.14	1.14	1.15	1.15
70-74 años	1.19	1.19	1.19	1.19	1.19
75-79 años	1.25	1.25	1.25	1.25	1.24
80-84 años	1.32	1.33	1.33	1.33	1.30
85 y más años	1.36	1.42	1.45	1.46	1.41
65 y +	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22

Si bien la esperanza de vida ha aumentado ello no significa que la calidad de vida lo hiciera también.

En 2005, en el país residían poco más de 9 millones de personas de 60 años o más, de ellas 3.3 millones realizaban alguna actividad económica, lo que equivale a que 36.5% del total de los adultos mayores se encontraban en el mercado de trabajo. La tasa neta de participación es diferenciada por sexo, 57 de cada 100 hombres de 60 años o más participaban en alguna actividad económica y poco menos de 20 de cada 100 mujeres hacían lo mismo, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

¹¹ Fuentes: Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2011a). Base de datos de estimaciones de población 1990-2012. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

**Tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más
por grupos quinquenales de edad según sexo 2004¹²**

Grupos quinquenales de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	36.5	56.8	19.1
60 a 64 años	50.7	74.8	29.1
65 a 69 años	40.1	61.9	20.9
70 a 74 años	31.9	51.4	15.2
75 a 79 años	24.9	40.0	12.3
80 años y más	13.9	25.5	5.2

Según el INEGI, en el año 2004, la población de 60 y más años sin derechohabiencia ¹³ alcanzaba 49.4%; ciertamente se trataba de una proporción elevada.

Por otro lado, conforme se envejece, la inclusión en el sistema de seguridad social disminuye; así, en el grupo de 60 a 64 años el 51.8% de ellos eran derechohabientes, mientras que en el grupo de 85 y más años se registraban como derechohabientes sólo 41.2%.¹⁴

En la siguiente tabla se puede observar la proporción de población con o sin derechohabiencia, según los diferentes grupos de edad y sexo:

¹² Fuente: INEGI, STPS. Encuesta Nacional de Empleo, 2004. Segundo trimestre. Base de datos

¹³ En México se denomina derechohabiencia al derecho que tienen las personas de recibir servicios médicos y/u otras prestaciones, que pueden ser provistas por instituciones públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral, por ser familiares designados por el trabajador como beneficiarios, por haber adquirido un seguro médico en alguna institución, un seguro facultativo (voluntario) en el IMSS, o el Seguro Popular de la Secretaría de Salud, el cual cubre los servicios médicos del titular y de sus familiares.

Nota: obsérvese que en los casos del seguro facultativo y del seguro popular, éstos no incluyen prestaciones económicas, entre ellas la de pensión por jubilación.

¹⁴ Fuente: (2005) “Los adultos mayores en México”, Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. INEGI

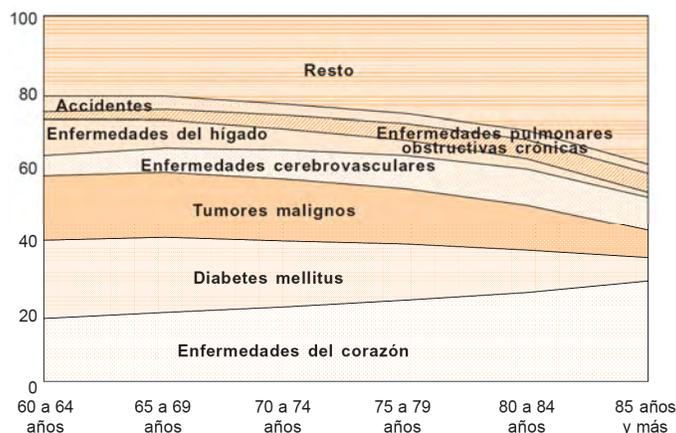
**Distribución porcentual de la población
según condición de derechohabencia para cada sexo y grupos de edad 2004¹⁵**

Sexo y grupos de edad	Total	Tiene derecho- habencia ¹	No tiene derecho- habencia
Total	100.0	44.0	56.0
Menores de 15 años	100.0	39.6	60.4
15 a 29 años	100.0	42.0	58.0
30 a 59 años	100.0	48.0	52.0
60 años y más	100.0	50.6	49.4
Hombres	100.0	43.3	56.7
Menores de 15 años	100.0	39.9	60.1
15 a 29 años	100.0	42.4	57.6
30 a 59 años	100.0	46.0	54.0
60 años y más	100.0	49.9	50.1
Mujeres	100.0	44.6	55.4
Menores de 15 años	100.0	39.3	60.7
15 a 29 años	100.0	41.6	58.4
30 a 59 años	100.0	49.7	50.3
60 años y más	100.0	51.2	48.8

Mientras que a principios de la década de los noventa las primeras tres causas de muerte entre la población en general fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, en el periodo 2000-2002 la mortalidad por diabetes superó en importancia relativa a las producidas por accidentes y por tumores malignos, quedando las principales causas de muerte en los adultos mayores de nuestro país como se muestra en el siguiente gráfico:

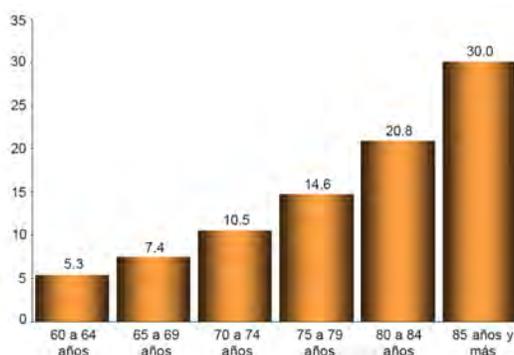
¹⁵ Fuente: INEGI, IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004.

Distribución porcentual de las defunciones de 60 años y más por las principales causas de muerte según grupos quinquenales de edad 2000 – 2002¹⁶



Entre la población de 60 años o más, 1 de cada 10 tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades normales. La proporción de personas con discapacidad es ligeramente mayor entre la población masculina. La probabilidad de sufrir alguna discapacidad aumenta drásticamente en edades muy avanzadas. La quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental.

Porcentaje de la población de 60 años y más con alguna discapacidad según grupos quinquenales de edad 2000¹⁷



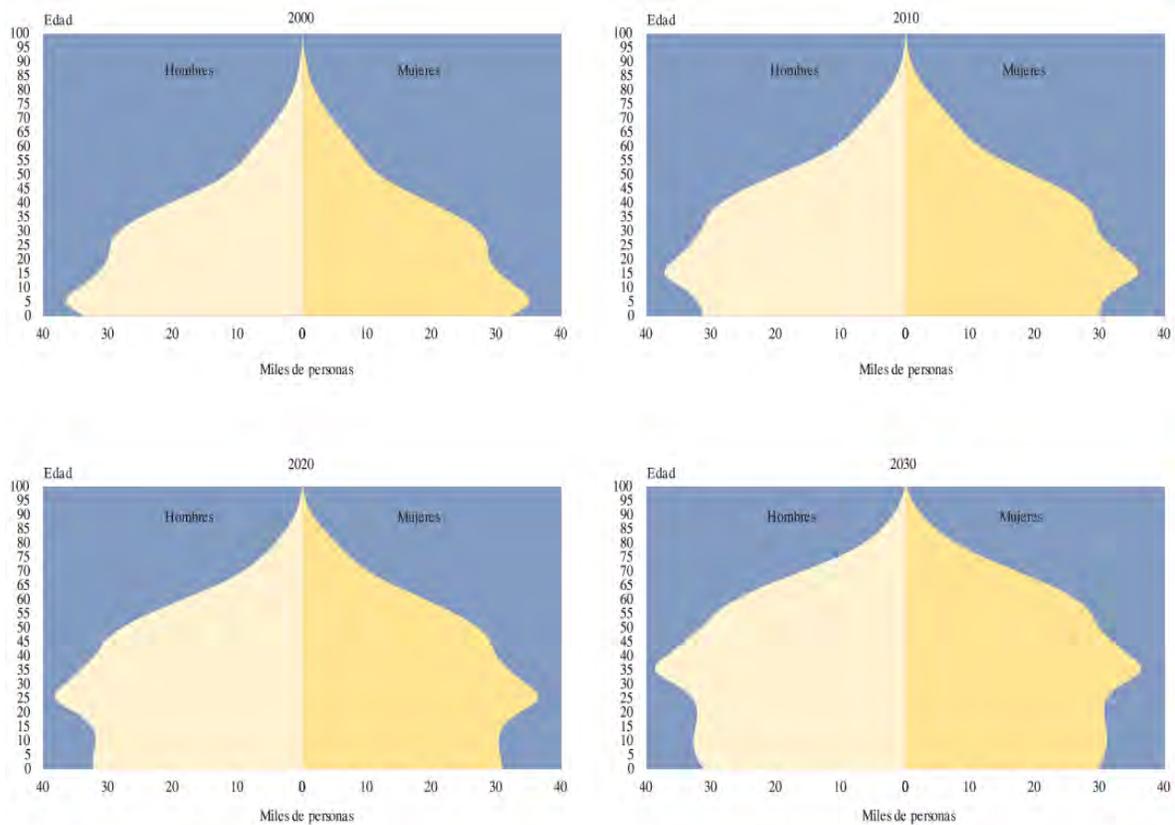
¹⁶ Fuentes: INEGI. Estadísticas Vitales, 2000. Base de datos. Estadísticas Vitales, 2001. Base de datos. Estadísticas Vitales, 2002. Base de datos.

¹⁷ Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

LOS ADULTOS MAYORES CHIHUAHUENSES EN 2005

En el Estado de Chihuahua, la población de adultos mayores no es ajena a este crecimiento dinámico, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Pirámides de población, 2000-2030¹⁸



Si en 1970 el grupo de 60 años y más representaba el 3.4 % de la población total estatal, en el 2000 la proporción se ubicó en 6.8%, mientras que en el 2004 fue de 7.3%, con poco más

¹⁸ Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2030.

de 247 mil personas, el 53.4% eran mujeres y el 46.6 % son hombres¹⁹, como se muestra en la siguiente tabla:

Adultos Mayores en Chihuahua²⁰

Año	Población Total	60 - 69 Años	70 Años y más	Total	%
2000	3,052,907	122,905	83,814	206,719	6.8
2001	3,189,171	127,914	88,489	216,403	6.8
2002	3,251,773	132,920	93,422	226,342	7.0
2003	3,313,171	137,958	98,616	236,574	7.1
2004	3,373,391	143,050	104,052	247,102	7.3
2005	3,432,518	148,200	109,717	257,917	7.4
2006	3,361,723	154,436	125,162	279,598	7.6
2007	3,407,588	159,346	131,023	290,369	8.5
2008	3,452,674	164,542	137,232	301,774	8.7
2009	3,496,989	170,162	143,617	313,779	9.0
2010	3,540,613	176,318	150,166	326,484	9.2

De acuerdo al II Censo de Población y Vivienda 2005, ese año el grupo de 60 años y más llegó a ser el 8.6%, con 278,764 personas²¹. Por su parte el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estimaba que para 2030 la población de 65 años o más sería el 15.6% de los chihuahuenses²².

¹⁹ Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010.

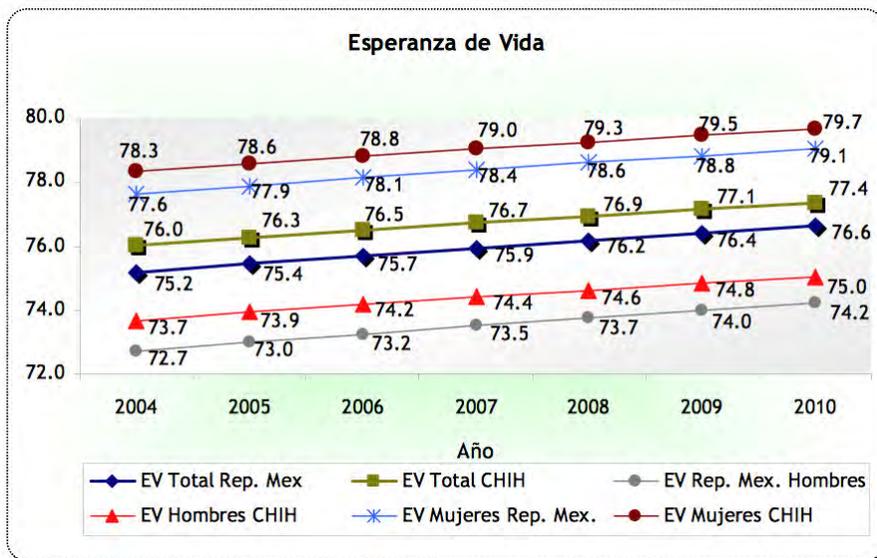
²⁰ Fuente: INEGI, Proyecciones de CONAPO

²¹ Fuentes: Censo de Población y Vivienda 1995. INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI

²² Fuente: Chihuahua: Indicadores demográficos, 1990-2010. CONAPO

La esperanza de vida al nacimiento para la población de Chihuahua en el año 2004 era de 76.01 años (73.67 años para los hombres y 78.35 años para las mujeres). Este nivel representa un incremento de 7 años respecto de los 67.8 años de vida media que se tenía a principios de los años 80's y ocupa un lugar intermedio entre las entidades federativas.

En el ámbito nacional, en el año 2004, la esperanza de vida promedio era de 75.2 años, inferior a la presentada en nuestra entidad.²³ Esta relación ascendente se muestra en el siguiente gráfico:



En cuanto a la proporción de hombres y mujeres: a los 65 años dos hombres por cada 3 mujeres (66.66%), a los 80 años 43 hombres por cada 100 mujeres (43.00%) y a los 90 años 33 hombres por 100 mujeres (33.33%), lo que nos indica que en esta entidad, como en la mayoría de las sociedades del mundo, las mujeres tienen mayor expectativa de vida.

Desafortunadamente la situación de ese momento que caracterizaba a una buena parte de los adultos mayores, no era muy diferente de las estadísticas nacionales, colocándolos en una condición de vulnerabilidad: en términos generales, ambos sexos en su mayoría casados, en el nivel de que solo sabe leer y escribir; los pensionados, en promedio, con un

²³ Fuente: Consejo Estatal de Población Chihuahua. Con base en indicadores de proyecciones de población CONAPO 2004.

ingreso mensual inferior al salario mínimo; con padecimientos crónico degenerativos principalmente, con una alimentación desbalanceada y con poco entusiasmo por participar en programas para la tercera edad.

Aproximadamente el 49% de la población de 60 años o más, no contaban con seguridad social y el 14% sufría alguna discapacidad, principalmente de tipo motriz, visual y auditiva. La población ocupada o empleada de este grupo etario ascendía al 23.7%, y sólo el 13.4% eran pensionados y/o jubilados. Entre las principales causas generales de defunción, de este grupo de población, figuraban las enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades crónicas del hígado y cerebro-vasculares. Más de una tercera parte de los adultos mayores, se mantenían activos económicamente y se estimaba que poco más del 51% de los ocupados o no percibía ingresos o éstos eran menores a un salario mínimo.²⁴

PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR (PRODIA)

En el año de 1997, la Fundación del Empresariado Chihuahuense, A. C., (FECHAC)²⁵ decidió realizar un diagnóstico gerontológico en el Estado de Chihuahua, con el objeto de conocer los problemas que aquejaban a la vejez chihuahuense a fin de apoyar soluciones adecuadas.

El análisis de los resultados del estudio diagnóstico sobre la “Situación de los Adultos Mayores y los Asilos en el Estado de Chihuahua” hizo cierta la necesidad de darlo a conocer a otras instancias.

FECHAC convocó a los titulares y representantes de diez instituciones de salud y asistencia social, quienes compartieron una mesa de análisis sobre el envejecimiento y su impacto socioeconómico en nuestro estado. Ese mismo día²⁶ se tomó la decisión de sumar esfuerzos

²⁴ Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010

²⁵ FECHAC es un organismo de la sociedad civil, en la categoría de asociación civil de segundo piso, que tiene por objeto promover, fomentar, desarrollar y apoyar toda clase de actividades asistenciales y filantrópicas, brindar apoyo a los organismos de beneficencia pública y privada, así como organizar y desarrollar todo tipo de proyectos de servicio a la comunidad y de responsabilidad social en beneficio de las clases más necesitadas.

²⁶ EL 22 de abril de 1998, los titulares de las diez instituciones firmaron en evento público el acuerdo de participación interinstitucional para el desarrollo e implementación del PRODIA, en presencia del C.P.

en un trabajo conjunto y coordinado, a fin de atender de manera frontal el reto que significa el envejecimiento de la población, y procurar de manera proactiva mejorar la calidad de vida de los adultos mayores chihuahuenses.



Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor

Al cabo de una etapa de planeación de más de tres meses de arduo trabajo, surgió el Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor PRODIA, que fue el motivo de la alianza interinstitucional e intersectorial de diez organismos de salud y asistencia de los sectores público, privado y social.²⁷

Se consensaron y definieron algunas premisas que fueron el marco de referencia de la alianza interinstitucional, con la misión de “Mejorar el nivel de bienestar del adulto mayor para su desarrollo integral”, orientando sus acciones en cinco objetivos específicos:

1. Desarrollar una cultura gerontológica en la sociedad chihuahuense: Para mejorar la imagen o el concepto del envejecimiento, fomentar la responsabilidad de la familia con los Adultos Mayores rescatando algunos valores culturales, y generar más y mejores oportunidades de expresión y participación de los adultos mayores en la comunidad; a través de educar, concientizar y sensibilizar a la población chihuahuense respecto a los mitos y realidades de envejecer, poniendo de relieve las potencialidades de esta etapa de la vida. Para tal efecto se emprendieron campañas en los medios de comunicación, presentaciones y eventos masivos y un programa que se insertó en la currícula de tercer grado de educación básica

Francisco Barrio Terrazas, Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua y el Dip. Profr. Alfonso Luján Gutiérrez, Presidente del H. Congreso del Estado

²⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Instituto Nacional de la Senectud, Secretaría de Fomento Social de Gobierno del Estado, Instituto Chihuahuense de Salud, Servicios de Salud Chihuahua, Pensiones Civiles del Estado, Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, Centro Médico Geriátrico y Fundación del Empresariado Chihuahuense, AC.

denominado “Conoce a tu abuelos”, con el objetivo de incentivar la relación y el acercamiento intergeneracional.

2. Lograr la aprobación de una ley estatal para la protección y el desarrollo integral del adulto mayor: A nombre de las diez instituciones participantes en este programa, se presentó formalmente el 30 de Julio de 1998, al Presidente de la LVIII Legislatura del H. Congreso del Estado, un documento a manera de proyecto de ley, en el cual se plasmó la visión interinstitucional de lo que debe contener un ordenamiento legal práctico y útil, que además de brindar protección a los adultos mayores chihuahuenses, sentase las bases para su desarrollo integral. En 1999 se llevaron a cabo cinco Foros de Consulta Ciudadana en las principales localidades del Estado, con una buena participación de la población. Tras un intenso proceso de gestión ante el poder legislativo local, el 4 de abril del año 2000, con el decreto No. 465/00, el pleno de la LIX Legislatura del H. Congreso del Estado aprobó un “paquete” de reformas a diversos ordenamientos legales, lo cual sin ser propiamente una ley, constituyó la creación de un marco jurídico de protección y desarrollo de los adultos mayores chihuahuenses.²⁸
3. Capacitar al adulto mayor, a la familia, al personal de instituciones de salud y asistencia y a los profesionistas en general en temas geronto-geriátricos: A fin de contar con personal de instituciones de salud y asistencia capacitados en Geriatría y Gerontología, que puedan brindar la atención adecuada y requerida por este importante sector de la población, así como educar y capacitar a la familia y al propio adulto mayor en el autocuidado y preparación para una vejez exitosa; a través de la generación e impartición de programas de capacitación a todos los niveles. Se desarrolló un programa de formación de recursos humanos para la atención integral del adulto mayor, el cual se presentó a la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH) y obtuvo su validación curricular, mismo que se impartió en la modalidad de

²⁸ Se reformaron las siguientes leyes: Ley de Asistencia Social, Ley de Educación del Estado, Ley Estatal de Salud, Ley Estatal para Personas con Discapacidad, Código Penal del Estado y la Ley Orgánica del Ministerio Público del Estado.

diplomado (500 horas de capacitación, investigación y práctica en Geriatría y Gerontología) en la facultades de Enfermería y Nutriología y en la de Medicina de la UACH, así como a través de la Delegación Estatal del ISSSTE.

4. Crear espacios de participación y desarrollo (jurídicos, laborales, de atención integral, recreativos, etc.) para el adulto mayor: Para tener en nuestra entidad centros de atención con modelos que permitan el desarrollo integral de sus usuarios, a través de fortalecer con capacitación, asesoría y apoyo a las diferentes instituciones que brindan asistencia social, promoviendo además diferentes alternativas como los centros de atención diurna para adultos mayores. Para fortalecer este proceso se promovió la vinculación de los centros de atención existentes, mediante la creación de la Red de Centros de Atención del Adulto Mayor (REDAM), con la cual se logró el intercambio de experiencias, coordinación de acciones y capacitación conjunta para mejorar sus estructuras y procesos.
5. Implementar un sistema de información permanente sobre la situación del adulto mayor chihuahuense y su entorno: Con el propósito de conocer de manera permanente y oportuna la situación de los adultos mayores y su entorno a fin de que las políticas y decisiones del gobierno y de los organismos que trabajan en favor de ellos, sean apropiadas y oportunas. En esta vertiente se elaboró un directorio de centros de atención a nivel estatal, identificando 45 casas hogar y/o de atención diurna y se llevaron a cabo visitas censales al respecto de su infraestructura, competencias administrativas y calidad de los servicios prestados a sus usuarios, que fueron insumo de varias iniciativas de fortalecimiento emprendidas por el grupo interinstitucional y por varias de las instancias en lo particular.

El reto más importante se enfrentó en el mes de octubre de 1998, cuando en el Estado de Chihuahua se llevó a cabo la transición de la Administración Estatal, es decir, de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, lo cual implicó un cambio general en la dirección de todas las instituciones públicas participantes en PRODIA. Sin embargo esta experiencia permitió

consolidar la iniciativa ya que, uno a uno, los nuevos titulares se fueron incorporando al programa, ratificando su interés en participar institucionalmente. Y lo mismo sucedió en el año de 2004 en que cambió nuevamente la administración estatal.

1999 AÑO INTERNACIONAL DEL ADULTO MAYOR

Al reconocer el envejecimiento como uno de los principales logros y al mismo tiempo, de los mayores desafíos del siglo XXI, las Naciones Unidas convocaron la “Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, y en su resolución 47/5, declararon 1999 como el “**Año Internacional del Adulto Mayor**”, con el objetivo general de promover los principios de independencia, participación, cuidados, autorealización y dignidad de las personas de edad avanzada.



Los principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad, alientan a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales los principios que abarcan desde el derecho a cubrir las necesidades básicas de alimentación y vivienda, hasta el derecho de aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y el ser tratados de manera digna y vivir libres de malos tratos físicos y mentales.

1. Los principios relativos a la independencia dicen que los adultos mayores deben tener acceso a los servicios y cuidados básicos, la oportunidad de trabajar o de generar ingresos, la capacidad de influir en el ritmo de su participación en la fuerza de trabajo, acceso a programas educativos y de formación, un entorno seguro y el

apoyo necesario para poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

2. Los de participación se refieren a la adopción de decisiones, la difusión de conocimientos, los servicios a la comunidad y la formación de movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
3. Los principios de los cuidados se relacionan con cuestiones de la protección de la familia y de la comunidad; el acceso a los servicios de atención de la salud, servicios sociales y jurídicos y cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento.
4. En los de autorealización se recomienda que las personas de edad puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales espirituales y recreativos de la sociedad.
5. Los principios de la dignidad consisten en verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorados independientemente de su contribución económica.

En este marco se contemplaba el desarrollo permanente de la persona desde la perspectiva de un cambio del plan de vida, a través de la educación permanente, la flexibilidad en el trabajo y una vejez activa con independencia o autosuficiencia económica; entendiendo además que, para que en los años que se han añadido a la vida se goce de salud, los estilos de vida han de ser sanos. Se hacía hincapié en la relación entre el desarrollo y el envejecimiento de la población; intensificando la búsqueda de nuevos regímenes de seguridad social, realzando la importancia de la preparación permanente para la vejez.

Con el aumento de oportunidades de educación, trabajo y esparcimiento, no sólo se pretendía cambiar la vejez, sino también todo el curso de la vida; y con ello a su vez, crear nuevas relaciones entre las generaciones.

El año 1999, se estableció como una oportunidad para los gobiernos y las propias familias de examinar y actualizar los conceptos tradicionales relacionados con el envejecimiento.

MARCO LEGAL

Algunos de los compromisos que el gobierno de México plasmó en el Plan Nacional de Desarrollo y en específico en el Programa Nacional de Población 1995-2000, establecen la auto-obligación del Poder Ejecutivo a “anticipar las demandas de la población” y “promover oportunidades y condiciones de vida dignas para las personas en la tercera edad”. Igualmente se signaron compromisos en varios foros internacionales como la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en 1982 en Viena, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social que tuvo lugar en Copenhague en 1995, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993 y la Conferencia Mundial sobre Población que se celebró en El Cairo durante 1994; en las que México quedó constreñido a crear un entorno económico, social, político, cultural y jurídico que permitiera el logro del desarrollo social de los Adultos Mayores.

Con esta referencia, en nuestra entidad, como ya se mencionó, diez instituciones públicas y privadas, a través del Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor PRODIA, impulsaron en 1998 la creación y aprobación de una ley estatal de protección y desarrollo integral del adulto mayor, logrando que el 4 de abril del año 2000 se decretará la reforma a seis ordenamientos legales, con lo cual se creó el primer marco jurídico de protección y desarrollo de los adultos mayores chihuahuenses.

Mediante estas reformas se estableció específicamente:

1. La obligación del estado de brindar atención integral a los adultos mayores chihuahuenses (servicios médicos especializados; oportunidades de carácter laboral; programas de terapia ocupacional, capacitación laboral, participación en servicios comunitarios y adiestramiento en artes y oficios; actividades educativas, deportivas, artísticas, de diversión, sano esparcimiento y culturales; sustento a los adultos mayores que no puedan valerse por sí mismos y la ejecución de programas que fortalezcan un cultura de respeto, solidaridad y justa valoración de los adultos mayores). Además se establece que el Estado deberá estimular fiscalmente a quienes creen puestos de trabajo para personas mayores de 50 años, concederles

una reducción en el pago de impuestos y derechos, regular la operación de las instituciones de asistencia social (por ejemplo asilos y centros diurnos) y asumir la asistencia jurídica del adulto mayor a través de la Secretaría de Fomento Social. Así mismo dispone que la sociedad en general y la familia en lo particular deberán buscar orientación e información gerontológica para proveer al adulto mayor todo lo necesario para su vida y sustento; reconocer que la familia es la institución por excelencia para que los adultos mayores desenvuelvan su vida; conocer los derechos que asisten a los adultos mayores y proveer a la plena y exacta observancia de los mismos y hacer del conocimiento (denunciar) de la Procuraduría General de Justicia del Estado o de la Secretaría de Fomento Social los hechos que impliquen maltrato, discriminación, omisión de cuidados o abandono de un adulto mayor²⁹.

2. Que el estado dispondrá lo necesario para la formación de recursos humanos especializados en geriatría y gerontología, y que las autoridades educativas del Estado establecerán y operarán programas en los niveles de preescolar, primaria y secundaria que formen a niños y jóvenes en el respeto y solidaridad con los adultos mayores.³⁰
3. El derecho de los adultos mayores a recibir atención médica especializada, preventiva, curativa y de rehabilitación en los hospitales y demás establecimientos asistenciales del estado, además de establecer la obligación de las instituciones de salud pública de enfatizar en la prevención y combate de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión que son comunes a este grupo de población.³¹

²⁹ Reformas a la Ley de Asistencia social vigente en el año 2000. En 2009 esta ley fue reemplazada por la Ley de Asistencia Social Pública y Privada para el Estado de Chihuahua.

³⁰ Reformas a la Ley Estatal de Educación vigente en el año 2000.

³¹ Reformas a la Ley Estatal de Salud. vigente en el año 2000. Esta ley fue reemplazada en 2012 por una nueva con el mismo nombre.

4. El derecho de los adultos mayores a que se les provea de atención médica especializada, prótesis, órtesis y demás dispositivos técnicos, así como terapias de rehabilitación, de acuerdo a la valoración médica y socioeconómica de cada caso.³²
5. Que se crean los delitos de “Omisión de cuidados” y “Abandono” de un adulto mayor, entendiéndose por “Omisión de cuidados de un adulto mayor” al delito que comete la persona que estando obligada por reciprocidad entre ascendientes y descendientes a proporcionar alimento, techo, vestido, salud y bienestar a un adulto mayor y contando con los recursos necesarios, se abstiene de proporcionarle la protección y atención debidas. De acuerdo a esta reforma el “Abandono de un Adulto mayor” se constituye cuando la persona obligada a proporcionarle el sustento integral y contando con los recursos necesarios para tal efecto, lo expulsa o separa del seno familiar sin proporcionarle otra alternativa para su sobrevivencia y sustento. Tanto la omisión de cuidados como el abandono se tipificaron como delitos graves por lo que se persiguen de oficio, es decir, que no requieren de demanda penal y limitan el derecho a fianza de los denunciados, sancionándose con multas que van de los cien a los doscientos salarios mínimos y prisión hasta por cuatro años a quien los cometa.³³
6. Que para fortalecer la disposición anterior, se comisiona y faculta al Ministerio Público para obrar como conciliador, representante legal y hasta tutor del adulto mayor en conflicto. En los casos de negativa a proporcionar alimentos, techo, vestido, salud y/o bienestar a un adulto mayor el Ministerio citará a los ascendientes y descendientes de que se trate y actuará como amigable componedor para que las partes lleguen a un acuerdo. De no lograrse, y si la denuncia procede legalmente, el ministerio asumirá la representación legal del adulto mayor afectado y demandará ante el juez competente el cumplimiento de la obligación. En un caso extremo el ministerio público puede incluso proceder al

³² Reformas a la Ley Estatal para Personas con Discapacidad vigente en el año 2000. En 2004 esta ley fue reemplazada por la Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua.

³³ Reformas al Código Penal del Estado vigente en el año 2000. Este código fue reemplazado en 2006 por uno nuevo con el mismo nombre.

depósito del adulto mayor afectado en un Centro de Atención a fin de proteger su integridad física, mental y social mientras se supera la situación conflictiva conforme a derecho.³⁴

Luego, durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada, el 26 de junio de 2002, se decreta la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que consta de 50 artículos y que en gran parte retoma los principios aprobados por las Naciones Unidas.

Y es hasta noviembre de 2009 que se expide la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua, que desde enero de 2010 está vigente en nuestro Estado.

LA POLÍTICA PÚBLICA

El año de 2006 estuvo inserto en un periodo de grandes cambios en la política pública respecto del papel que jugaba el adulto mayor en la sociedad.

Dos años antes, en 2004 tomó la administración estatal un nuevo jefe de gobierno que empatizó con la situación de los chihuahuenses de edad avanzada y concretó muchas de las iniciativas que se habían propuesto en años anteriores, materializando una diversidad de beneficios para este grupo de población naturalmente vulnerable.

De 2004 a 2010 el Lic. José Reyes Baeza Terrazas fue gobernador del Estado de Chihuahua, con anterioridad había ocupado los cargos de Alcalde de la capital del estado y Diputado Federal.

Su gobierno se caracterizó por ser un “Gobierno de puertas abiertas” al mantener una estrecha cercanía con la gente, fomentar la inversión económica, el crecimiento carretero e inversión en los temas de salud y educación, y en



³⁴ Reformas a la Ley Orgánica del Ministerio Público del Estado vigente en el año 2000.

consecuencia, generar un crecimiento económico que derivó en más y mejores empleos y en una mayor industrialización.³⁵

El principio rector de su gestión, planteado en el Plan Estatal de Desarrollo, era “Construir un mejor gobierno que eleve la calidad de vida de los habitantes del estado; que responda a las necesidades de la población. Un gobierno moderno e inteligente, que ponga en el centro de sus acciones al ser humano y que ofrezca a los ciudadanos, respuestas públicas más eficaces, a través de herramientas administrativas avanzadas y políticas públicas mejor diseñadas.³⁶

Y en particular, en el tema de los adultos mayores se planteó los objetivos de:

1. Propiciar condiciones económicas, culturales, sociales y morales para que el envejecimiento de la población de adultos mayores sea sano y productivo, sustentado en los principios de respeto, cuidado, equidad y participación activa, para impulsar su pleno desarrollo físico, mental y productivo.
2. Lograr la plena realización del respeto de los derechos humanos de los adultos mayores.
3. Proteger su bienestar integral mediante la atención médica, la prevención y la rehabilitación.
4. Aprovechar la capacidad de las personas de edad, su sabiduría y experiencia, para hacer aportes para su propio mejoramiento y del entorno social.
5. Fortalecer una cultura de respeto, solidaridad y justa valoración de los adultos mayores.

A efecto de lo anterior emprendió varias iniciativas para elevar la calidad de vida de esta población, instrumentando programas para este grupo etario que él percibía claramente en condición de desventaja. Propició la coordinación gubernamental de los tres órdenes de gobierno y de los sectores social y privado; impulsó oportunidades productivas y laborales para el adulto mayor; instauró iniciativas para el descuento en

³⁵ Fuente: Página oficial de José Reyes Baeza (www.reyesbaeza.com)

³⁶ Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010.

el pago de servicios básicos como agua, el impuesto predial y algunos trámites gubernamentales; hizo instalar ventanillas especiales para el pago de servicios, asesorías y trámites relacionados con la autoridad; y creó una Procuraduría de Defensa del Adulto Mayor.

Tres iniciativas a favor de la población de edad avanzada fueron emblemáticas de su administración:

1. Buscando prever el mejoramiento físico, social y mental de los adultos mayores, para asegurar un envejecimiento incluyente, activo y saludable, una de sus primeras acciones en 2004, fue la creación del **Jardín del abuelo**, un centro comunitario que tiene como fin promover el desarrollo integral del sector social integrado por personas mayores de 50 años, brindando servicios que ofrezcan alternativas de sociabilización, creatividad y mejor calidad de vida, mediante prácticas y talleres que incrementen sus aptitudes artísticas, culturales, acondicionamiento físico y terapias psicológicas. A los participantes se les brinda la oportunidad de seguir activos e invertir su tiempo libre en el aprendizaje de nuevas actividades, lo cual les permitirá no sólo un mayor conocimiento, sino también una vida activa libre de enfermedades comunes físicas y emocionales.³⁷
2. En 2007, tras realizar un censo de los adultos de los adultos mayores en la entidad, e identificar la población en situación de alta marginación, emprendió el **programa de apoyo asistencial a los adultos mayores Vive en Plenitud**, con el objetivo de proporcionarles un entorno de oportunidades y condiciones de vida digna. Este programa estaba dirigido en sus inicios a adultos mayores de 70 años de edad, en extrema pobreza, a los que se les otorga desde entonces una beca alimenticia mensual (En 2007 era de \$640.00 pesos) a través de una tarjeta bancaria de débito, que puede ser usada únicamente para comprar productos alimenticios en los diversos establecimientos comerciales del Estado, no para hacer disposiciones en

³⁷ Fuente: CONACULTA (http://www.conaculta.gob.mx/estados/may09/29_chih02.html)

efectivo. Para la selección de los beneficiarios, se evalúa su situación socioeconómica se evalúa mediante una visita de trabajo social a domicilio, y su resultado se pondera a través de un programa de captura de datos, que califica el grado de pobreza, abandono, salud entre otros. Esta tarjeta es exclusivamente para su uso personal, no puede ser utilizada por alguna otra persona. El uso inadecuado, trae como consecuencia, el retiro de este beneficio. Adicionalmente, quienes cuentan con esta tarjeta, tienen el beneficio adicional de recibir consulta, hospitalización y medicamentos en forma gratuita.³⁸

3. En noviembre de 2009 expide la **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua**, que entra en vigor a partir de enero de 2010, con el objeto de garantizar a las personas adultas mayores el ejercicio de sus derechos para propiciar una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, bajo los principios de autonomía y autorrealización, heterogeneidad (pluralidad), protagonismo (participación efectiva), solidaridad intergeneracional y visión prospectiva. Esta legislación además de establecer los derechos y obligaciones del adulto mayor, su familia, la sociedad y las autoridades, define las bases para su atención en instituciones y la regulación de las mismas.³⁹

³⁸ Fuente: Beneficiarios del programa Vive a Plenitud a diciembre del 2008
(http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/Transparencia/FRACCION_XII/fomentosocial/CE_5CC_18998.pdf)

³⁹ Fuente: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA ADULTOS MAYORES EN CHIHUAHUA

I.- ANÁLISIS DE FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES INDIVIDUALES

Características Generales

- **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:** Se puede observar que la mayoría (42.11%) de los centros de atención se ubican en la capital del estado de Chihuahua y una quinta parte de ellos (21.05%) en Cd. Juárez, una de las localidades con mayor número de habitantes; por tanto, una tercera parte de estos están distribuidos en los 11 municipios restantes en que se cuenta con este tipo de instituciones.

La distribución de dichos centros es como lo indica la tabla 1.

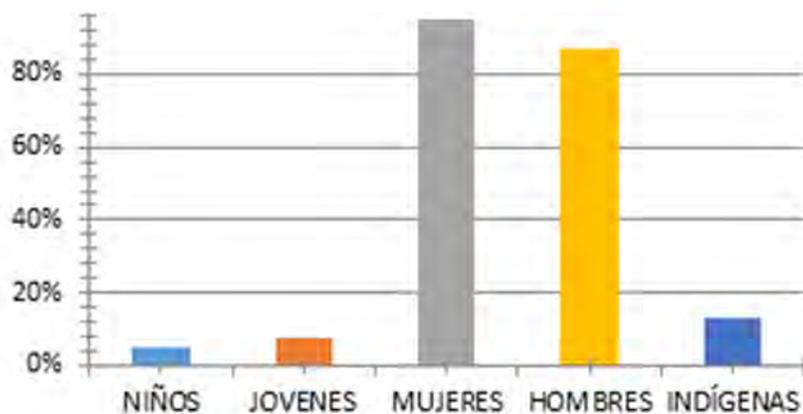
UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
Aldama	2.63%	1 centro
Camargo	2.63%	1 centro
Chihuahua	42.11%	16 centros
Chinipas	2.63%	1 centro
Cuauhtémoc	5.26%	2 centros
Delicias	5.26%	2 centros
Jiménez	2.63%	1 centro
Juárez	21.05%	8 centros
Madera	2.63%	1 centro
Meoqui	5.26%	2 centros
Ojinaga	2.63%	1 centro
Saucillo	2.63%	1 centro
Sta. Bárbara	2.63%	1 centro
	100.00%	38 centros

Tabla 1.- ORGANIZACIONES QUE ATIENDEN AL ADULTO MAYOR EN CHIHUAHUA

- **SITUACIÓN JURÍDICA:** La gran mayoría (86.84%) de estas instituciones están legalmente constituidas, no obstante sólo el 55.26% de ellas están inscritas en el padrón de la Junta de Beneficencia Pública de Chihuahua, el 57.89% están reguladas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el 23.38% cuentan con constancia de la Secretaría de Fomento Social.
- **INICIO DE OPERACIONES:** Se observa que a pesar de que el rango de antigüedad de los centros de atención es de 9 a 113 años, casi tres cuartas partes de ellos surgió entre los años 70's y el año 2000 y tienen de 9 a 30 años operando.
- **FILIACIÓN RELIGIOSA:** Más de la mitad (52.63%) de los centros declara no tener una filiación religiosa específica, casi la tercera parte (31.58%) se reconoce como católico y el resto como minoría refieren una filiación cristiana y metodista (10.52% y 5.26% respectivamente).
- **CAPACIDAD:** Los 38 centros en conjunto, al momento del estudio, tienen la capacidad para atender a 1,303 adultos mayores (43.05% hombres y 56.95% mujeres). La capacidad de estos centros se encuentra en un rango de 5 a 100 residentes, con un promedio de 34.3 personas por institución. El mayor porcentaje (42.10%) se encuentra en el nivel de instituciones que atienden de 10 a 20 personas, 15.78% de 21 a 30 personas, 10.52% de 31 a 40 personas y 31.57% a más de 40 personas.
- **OCUPACIÓN:** Al momento del estudio se atendía a 1,016 personas (40.85% hombres y 59.15% mujeres), lo que significa que sólo 77.97% de los espacios disponibles para hombres y mujeres adultos mayores estaban efectivamente ocupados. El rango de usuarios de los centros de atención es de 7 a 98 personas, con una media del orden de 26.7 personas por institución. Siete de estos centros no atienden hombres y dos de ellos no atienden mujeres.

- POBLACION ATENDIDA: Aún y cuando la población objetivo de estas instituciones son los adultos mayores de 60 años, por diferentes razones el 5.26% de ellas también atiende a niños, el 7.89% a jóvenes y el 13.16% tiene como grupo meta específico la población indígena de nuestro Estado. *Ver gráfico 1.*

Gráfico 1.- POBLACIÓN ATENDIDA

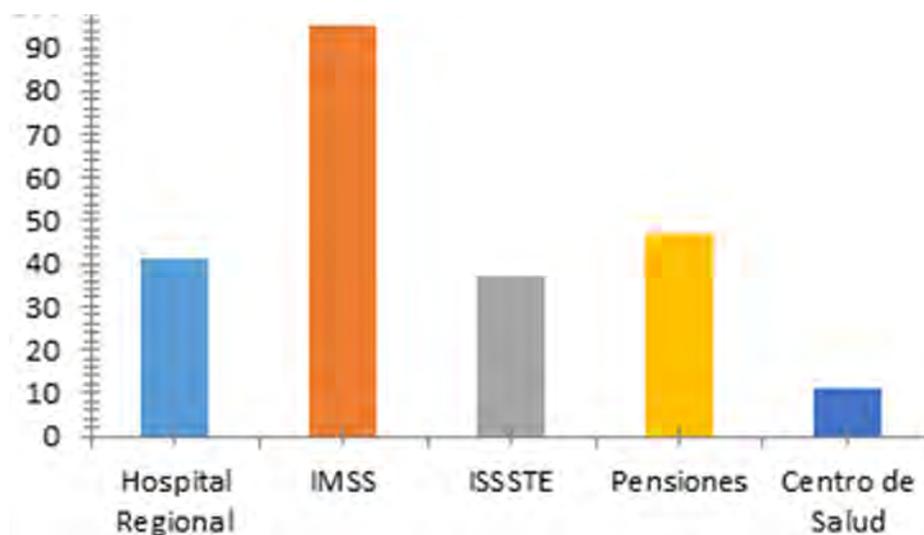


De la atención a los usuarios

- SERVICIOS: En cuanto a los servicios que este tipo de instituciones brindan a sus usuarios, encontramos que el 84.16% les ofrecen hospedaje y alimentos de manera permanente y 10.53% proporcionan estancia diurna. Sólo 15.79% ofrece servicio médico, 13.16% rehabilitación física y 7.89% servicio de transportación. Adicionalmente, el 13.16% les brindan apoyo en medicamentos, 2.63% con algún tipo de asesoría y gestión o apoyos económicos.
- SERVICIO MÉDICO: Casi dos tercios de las organizaciones puede acceder a servicios médicos privados, mayormente como aportaciones de clínicas o profesionistas de la salud que brindan sus servicios casi siempre de manera gratuita y esporádica. De los 1,016 usuarios de estas organizaciones, el acceso a los servicios médicos por ser

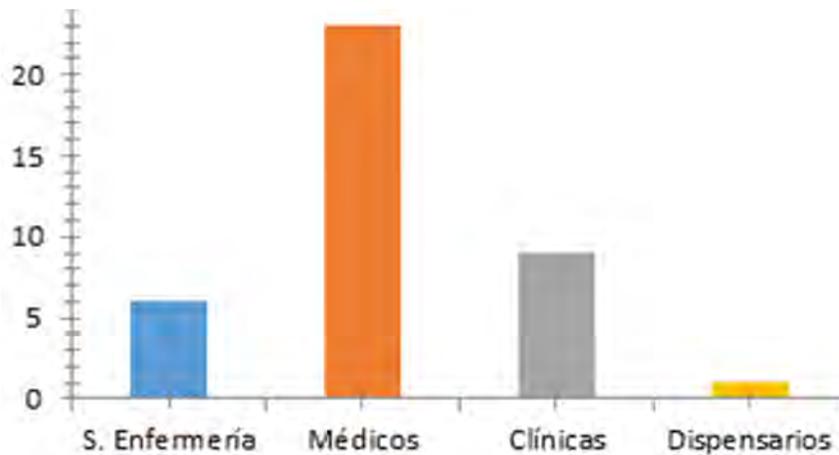
derechohabientes está limitado a sólo 225 adultos mayores, esto es el 22.14% de la población y es como se muestra en el *gráfico 2*.

Gráfico 2.- DERECHOHABIENCIA DE LOS USUARIOS



El acceso a servicios médicos privados está relacionado con la buena voluntad de los prestadores de los mismos, ya que menos del 5% de las organizaciones se pueden permitir el acceso pagado. Poco más de dos tercios de los médicos y enfermeras son voluntarios, las clínicas sólo son utilizadas en casos de extrema urgencia o cuando los familiares del adulto mayor lo asumen por su cuenta. Finalmente los dispensarios se manifiestan como parte inherente de los servicios de la organización, o pertenecen a comunidades religiosas que apoyan la operación de dichas organizaciones. *Ver gráfico 3*.

Gráfico 3.- SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS



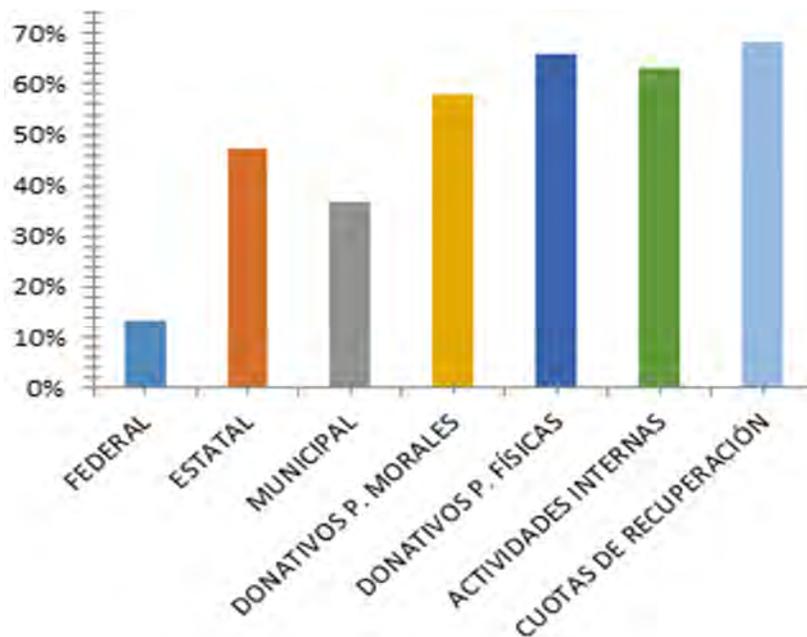
- **SERVICIOS:** En general, sólo la mitad de los centros de atención revisados (50.00%) proporcionan a sus usuarios terapia ocupacional. El 26.32% de estas instituciones cuentan con actividades de convivencia social, 13.16% con actividades deportivas, 5.26% con actividades religiosas, 5.26% con actividades de capacitación, 2.63% con actividades educativas y 2.63% con actividades productivas.

De sus recursos financieros

- **FUENTES DE FINANCIAMIENTO:** Estos centros de atención se allegan recursos de diversas fuentes, siendo las cuotas de recuperación de la que la mayoría de ellos dispone (68.42%); seguida por los donativos de personas físicas en efectivo y los mismos que las personas morales aportan (65.79%); las actividades de generación de recursos como bazares, rifas, eventos sociales, colectas y similares (63.16%); los donativos de particulares, en alimentos, ropa, medicamentos y/o servicios especializados (57.89%); los apoyos del gobierno estatal, a través de despensas bimestrales, efectivo y medicamentos como parte de las campañas de salud (47.37%); del gobierno municipal -- tres organizaciones dependen del DIF local y el

resto recibe donativos en especie y/o exención del pago del Impuesto Predial-- (36.84%); y programas de SEDESOL (13.16%). Ver gráfico 4

Gráfico 4.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO



- **CUOTAS DE RECUPERACIÓN:** Casi la tercera parte (31.58%) de estas instituciones no cobra por sus servicios. El 52,63% cobra cuotas entre \$1 y \$2,000 pesos, 7.89% de \$2,001 a \$4,000 pesos, 5.26% de \$4,001 a \$6,000 pesos y 2.63% de \$6,001 en adelante. Cabe mencionar que de las organizaciones que tienen cuotas de recuperación, sólo el 10% son cuotas establecidas, ya que casi la mayoría recibe lo que cada usuario puede aportar. Ver tabla 2
- **BECAS:** Casi la tercera parte de los centros de atención (31.57%) son gratuitos, ya sea por que reciben apoyo público o dependen de organizaciones religiosas que asumen sus costos; la quinta parte de ellos (21.05%) cobran en su totalidad las

cuotas de recuperación y la mitad de ellos (47.47%) les otorgan becas a un porcentaje variable de sus usuarios. *Ver tabla 2*

Tabla 2: CUOTAS PROMEDIO Y % DE BECADOS EN LAS 38 ORGANIZACIONES

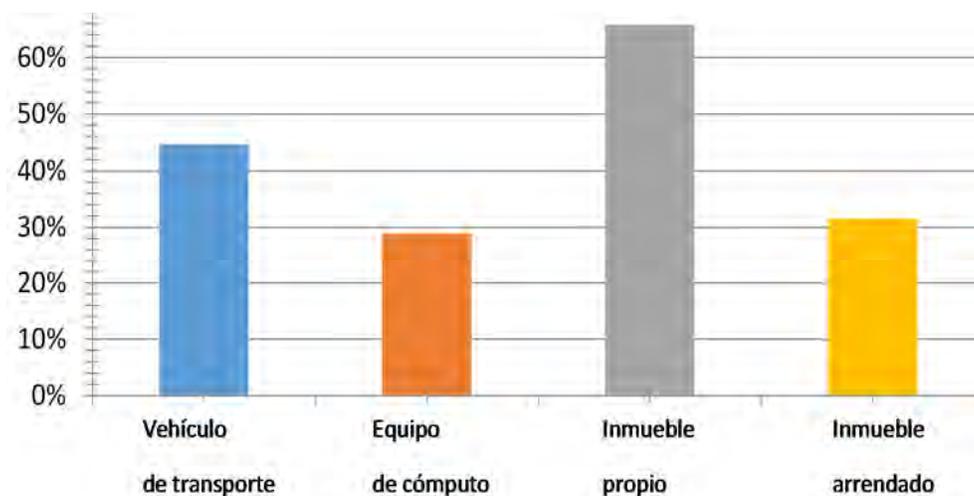
Cuota de Recuperación		Cuota de Recuperación		Cuota de Recuperación	
Importe	Becas	Importe	Becas	Importe	Becas
\$ 573.00	64%	\$ -	100%	\$ 2,375.00	0%
\$ 500.00	84%	\$ 600.00	75%	\$ 5,000.00	8%
\$ -	100%	\$ 2,000.00	33%	\$ 1,500.00	25%
\$ 1,200.00	54%	\$ 1,000.00	53%	\$ 7,500.00	0%
\$ -	100%	\$ 50.00	0%	\$ 30.00	0%
\$ 3,100.00	7%	\$ 1,000.00	78%	\$ -	100%
\$ -	100%	\$ 800.00	70%	\$ 6,000.00	0%
\$ -	100%	\$ -	100%	\$ 50.00	0%
\$ 500.00	82%	\$ 1,000.00	50%	\$ -	100%
\$ 1,000.00	88%	\$ -	100%	\$ 550.00	50%
\$ 3,500.00	70%	\$ 800.00	79%	\$ -	100%
\$ -	100%	\$ 1,000.00	78%	\$ 250.00	0%
\$ -	100%	\$ 1,500.00	0%		

Esta tabla presenta la cuota que se cobra en promedio y el porcentaje de becas otorgado, lo que en términos de promedio representa un ingreso unitario de \$1,141.53 pesos mensuales, con el 59% de la población becada y un flujo de efectivo de \$57,600 pesos mensuales, en el total de las organizaciones visitadas.

De su patrimonio

- SITUACIÓN DEL INMUEBLE: En el 65.79% de los casos, estas instituciones prestan sus servicios en un inmueble propio, en general bien equipado; el 31.58% arrenda los inmuebles pagando montos accesibles en la mayoría de los casos y el 2.63% opera en un inmueble prestado. Sólo el 44.74% de ellos cuentan con vehículo de transporte y el 28.95% con equipo de cómputo. *Ver gráfico 5*

Gráfico 5.- SITUACIÓN PATRIMONIAL DE LAS ASOCIACIONES

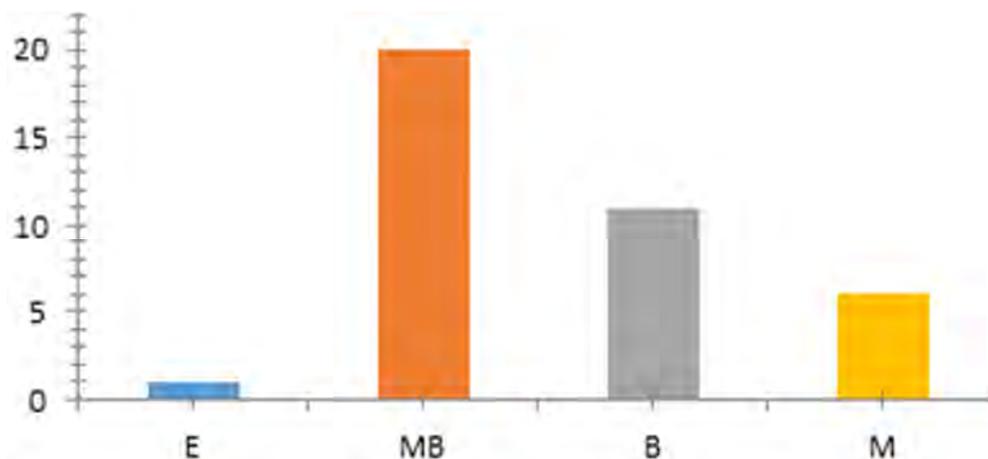


La situación patrimonial de las asociaciones es muy variable dependiendo de la naturaleza histórica que les dio origen. Aquellas que provienen de alguna organización religiosa demuestran mayor capacidad y calidad que las laicas.

- MOBILIARIO: El mobiliario con que cuentan se encuentra en general en buenas y muy buenas condiciones (81.58% de los casos), incluso en el 2.63% de los casos se trata de mobiliario en excelentes condiciones. Sólo en el 15.79% de los centros encontramos un mobiliario en malas condiciones, dado que no cumplen con la

cantidad necesaria, es mobiliario obsoleto y con poca vida útil y/o no beneficia de manera real a los usuarios. *Ver gráfico 6*

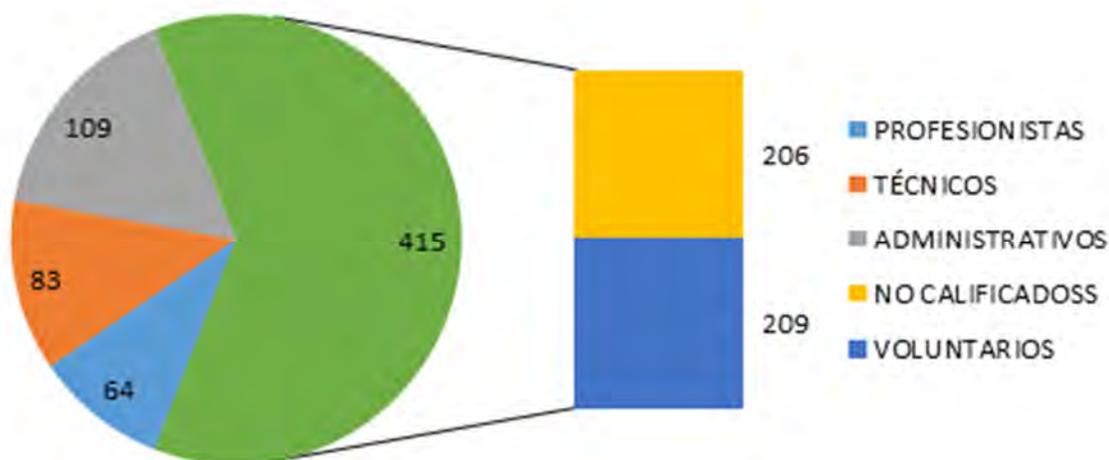
Gráfico 6.- CONDICIONES DEL MOBILIARIO



De los recursos humanos

- COLABORADORES: El 23.68% de los centros de atención no cuentan con colaboradores profesionistas, en el 42.11% no hay personal técnico, en el 10.53% no cuentan con personal administrativo y un 84.21% de ellos reconoció que su plantilla integraba personal sin la calificación necesaria para el tipo de tareas que realizan. Cabe señalar que de los 671 colaboradores con que contaban los centros de atención al momento del estudio, el 9.54% eran profesionistas, 12.37% técnicos, 16.24% administrativos, 30.70% no calificados y 31.15% voluntarios con diferentes niveles de calificación. Todos ellos comprometidos con cada organización, adicionalmente de los médicos, psicólogos y/o técnicos en enfermería que esporádica y voluntariamente los apoyan. El rango del personal total varía de 1 a 40 personas, con una media de 12.15 personas por institución. *Ver gráfico 7*

Gráfico 7.- RECURSOS HUMANOS AL SERVICIO DE LAS ASOCIACIONES

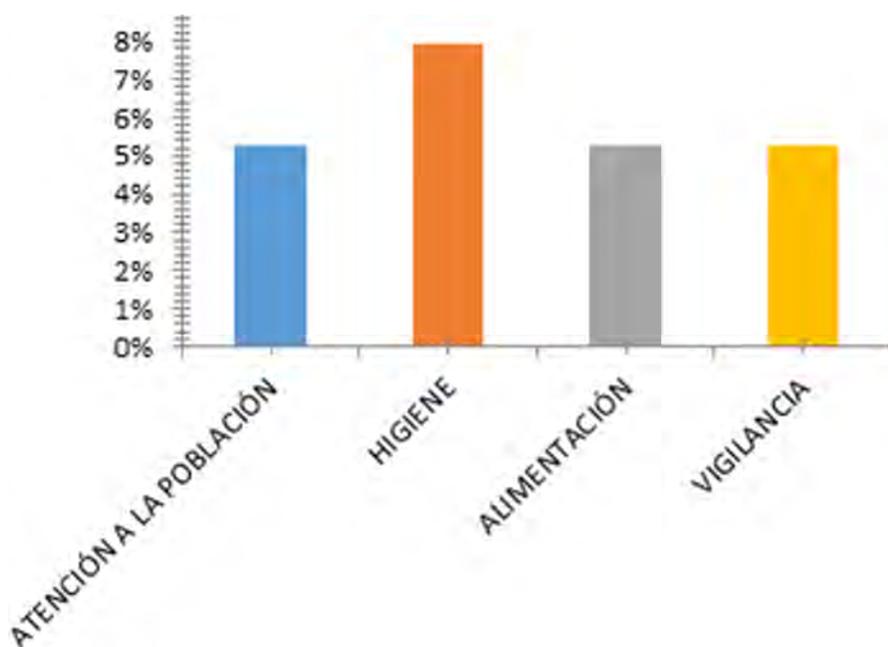


- VOLUNTARIADO: El 71.05% de estas instituciones cuenta con un grupo de voluntarios, mientras que el 18.42% carece de este apoyo. El rango es de 1 a 25 personas, con una media de 6.14 personas por institución.

Calidad del servicio

- ATENCIÓN A LA POBLACIÓN: La observación del desempeño institucional nos permitió apreciar que la calidad con que se presta los servicios en estos centros es buena en la mayoría de los casos (76.32%), muy buena en el 2.63% y de regular a mala en el 15.78 % de ellos. *Ver gráfico 8, gráfico 9 y tabla 3*

Gráfico 8.- EXCELENCIA EN EL SERVICIO



- HIGIENE: En cuanto a la higiene podemos decir que el 76.32% de las instituciones la tienen en un buen nivel, 7.89% de muy buena a excelente y el 15.78 % de regular a mala. *Ver gráfico 9 y tabla 3*
- ALIMENTACIÓN: La alimentación que se proporciona a los usuarios se puede calificar como buena en el 73.88% de los casos, incluso excelente en el 7.89% y de regular a mala en el 18.42% de estos. *Ver gráfico 9 y tabla 3*
- VIGILANCIA: El 78.95% de las instituciones de este estudio cuentan con una buena vigilancia, incluso en el 5.26% de ellas el nivel es excelente. Sólo en el 15.78 % de los casos este servicio va de regular a malo. *Ver gráfico 9 y tabla 3*

Gráfico 9.- EVALUACIÓN RESULTADO DE LA VISITA POR RUBRO

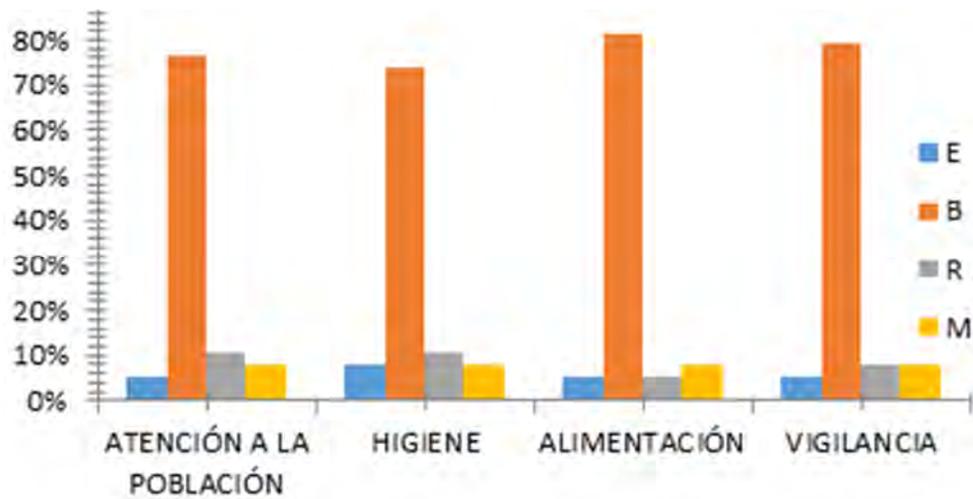


Tabla 3.- PORCENTAJE DE GRADOS ALCANZADOS POR LAS ORGANIZACIONES EN LA EVALUACIÓN GLOBAL DURANTE LA VISITA

Calificación	Atención	Higiene	Alimentación	Vigilancia
E (Excelente)	5%	8%	5%	5%
B (Bien)	76%	74%	82%	79%
R (Regular)	11%	11%	5%	8%
M (Mal)	8%	8%	8%	8%

II .- ANÁLISIS DE FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES COMPUESTAS

- **USUARIOS POR PERSONAL:** Corresponde a la cantidad de usuarios dividido entre el número del personal que atiende el centro. Se observa que oscila en un rango entre 0.33 y 5.71 usuarios por cada colaborador, con una media de 1.74 usuarios por cada colaborador.
- **USUARIOS POR VOLUNTARIOS:** Corresponde a la cantidad de usuarios dividido entre el número de voluntarios que apoya en cada centro. Se observa que oscila en un rango entre 0 y 48 usuarios por cada voluntario, con una media de 5.85 usuarios por cada voluntario.
- **SERVICIOS POR CENTRO:** Corresponde a la suma de las variables de los diferentes servicios que se ofrecen en los centros. Se observa que varía en un rango de 1 a 9 servicios de entre las 22 opciones, con una media de 2.6 servicios por cada centro.
- **SERVICIOS POR CUOTAS:** Corresponde a la suma de las variables de los diferentes servicios que se ofrecen, respecto del monto que se cobra por cuota de recuperación. Se observa que los centros que no cobran cuota de recuperación ofrecen un promedio de 1.42 servicios; los que cobran entre \$1.00 y \$4,000 pesos al mes, ofrecen 2.91 servicios en promedio; y los que cobran entre \$4,000 pesos al mes o más, ofrecen 4.33 servicios en promedio.
- **SERVICIOS POR BECAS:** Corresponde a la suma de las variables de los diferentes servicios que se ofrecen, respecto del porcentaje de usuarios que están becados. Se observa que los centros que tienen al 100% de sus usuarios becados ofrecen entre 1 y 3 servicios, con un promedio de 1.42; los que brindan becas parciales (del 7% al 88%) ofrecen de 1 a 9 servicios, con un promedio de 3.00; y aquellos que no becan a ninguno de sus usuarios entre 1 y 9 servicios, con un promedio de 3.25.

- **CUOTA DE RECUPERACIÓN Y BECAS:** Corresponde al porcentaje de usuarios becados respecto de los diferentes rangos de cuotas de recuperación. Se observa que en promedio el 48.15% de los usuarios están becados en el rango de \$1 a \$2,000 pesos, al que corresponden más de la mitad de los 38 centros revisados; 25.71% en el de \$2,001 a \$4,000 pesos (3 casos); 4.17% en el de \$4,001 a \$6,000 pesos (2 casos) y que ninguna persona recibe beca tratándose del rango de \$6,001 en adelante (1 caso). Cabe mencionar que en el rango de \$1 a \$2,000 pesos, se presentó una variabilidad entre los centros que va de 0% a 84% de sus usuarios becados. Esto puede interpretarse como que la cantidad de usuarios que pagan es independiente del monto de la cuota de recuperación.
- **ANTIGÜEDAD Y OCUPACIÓN:** Corresponde al porcentaje de ocupación o aprovechamiento de la capacidad instalada que tienen los centros, respecto de la antigüedad de los mismos. Se observa que los centros que tienen entre 9 y 20 de operación tienen una ocupación promedio del 68.08%, los que tienen entre 21 y 40 años, su ocupación promedio es de 84.82%, y aquellos que tiene más de 41 años de haber sido fundados rebasan su capacidad, alcanzando un 101.08% de ocupación promedio.
- **ANTIGÜEDAD Y CUOTAS DE RECUPERACIÓN:** Corresponde al monto que se cobra por concepto de cuotas de recuperación, respecto de la antigüedad de los centros de atención. Se observa que los centros que tienen entre 9 y 20 años de operación cobran en promedio \$1,748.43 pesos; los que tienen entre 21 y 40 años, cobran en promedio \$977.15 pesos; y aquellos que tiene más de 41 años de haber sido fundados cobran \$480.00 pesos en promedio.

III .- ANÁLISIS POR ESTRATOS

Con el fin de obtener una mayor precisión y especificidad de los resultados del análisis, se decidió hacer una estratificación de acuerdo a una variable que reflejara el nivel socioeconómico de los asilos, para lo cual se seleccionó la variable CUOTAS DE RECUPERACIÓN, con los siguientes 4 estratos:

- Estrato **1** de 0.0 \$/mes
- Estrato **2** de 1 a 2,000 \$/mes
- Estrato **3** de 2,001 a 4,000 \$/mes
- Estrato **4** de 4,001 a 6,000 y \$/mes
- Estrato **5** de 6,000 y más

A partir de la estratificación se calcularon los valores promedios de las variables consideradas más relevantes

Tabla 4.- RESULTADOS DE LOS VALORES PROMEDIOS DE LAS VARIABLES MÁS RELEVANTES

VARIABLE	1	2	3	4	5	TOTAL / PROMEDIO
CENTROS DE ATENCIÓN (no. de centros)	12	20	3	2	1	38
ANTIGÜEDAD (años promedio)	22.25	27.70	25.67	16.50	9.00	27.65
CAPACIDAD (no. de personas)	334	800	105	50	14	1,303
OCUPACIÓN (no. de personas)	247	623	87	47	12	1,016
HOMBRES (no. de personas)	101	278	24	10	2	415

MUJERES (no. de personas)	146	345	63	37	10	601
CAPACIDAD UTILIZADA (%)	73.95	77.88	82.86	94.00	85.71	77.97
USUARIOS POR PERSONAL (usuarios/personal)	3.97	3.62	1.06	1.32	0.75	2.20
USUARIOS POR VOLUNTARIOS (usuarios/voluntarios)	5.49	7.42	2.07	0.75	0.60	4.86
SERVICIOS (no de actividades ofrecidas)	1.42	2.80	3.67	2.00	9.00	2.55
TERAPIAS OCUPACIONALES (si/no) %	4 / 8 33.33	11 / 9 55.00	2 / 1 66.66	1 / 1 50.00	1 / 0 100.00	19 / 19 50.00
CUOTAS DE RECUPERACIÓN (\$)	0	795.15	2,991.67	5,500.00	7,500.00	1,141.53
BECAS (% personas)	100.00	48.15	25.71	4.17	0	15.61
VEHÍCULO DE TRANSPORTE (si/no)	0 / 12	3 / 17	0 / 3	0 / 2	0 / 1	3 / 35
INMUEBLE PROPIO (si/no) %	9 / 3 75.00	14 / 6 70.00	2 / 1 66.66	0 / 2 0.00	0 / 1 0.00	25 / 13

RECURSOS HUMANOS (promedio de personas por centro)	7.50	12.25	25.33	17.50	16.00	15.72
VOLUNTARIOS (promedio de personas por centro)	3.33	5.60	9.00	5.00	20.00	8.59
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN (E, MB, B, R, M calificación promedio)	5.00	5.60	6.00	8.00	10.00	6.26
HIGIENE (E, MB, B, R, M valor promedio)	5.00	5.80	6.00	8.00	10.00	5.79
ALIMENTACIÓN (E, MB, B, R, M valor promedio)	5.16	5.70	6.00	8.00	10.00	5.79
VIGILANCIA (E, MB, B, R, M valor promedio)	5.16	5.60	6.00	8.00	10.00	5.74

Algunas observaciones derivadas de esta estratificación:

1. Variables o aspectos en los que sobresale el **estrato 1**, correspondiente a los centros de atención que no tienen una cuota de recuperación.
 - a. Son los centros de atención con mayor antigüedad, si no consideramos a uno de los centros del estrato 2, que por tener 113 años de fundado eleva el promedio de ese estrato de 22.05 a 27.70.

- b. Con menor capacidad utilizada.
 - c. Con mayor número de usuarios por personal.
 - d. Con menor número de servicios ofrecidos a los usuarios.
 - e. Con el menor porcentaje de centros que ofrecen terapias ocupacionales a sus usuarios.
 - f. Con el mayor porcentaje de centros que cuentan con inmueble propio.
 - g. Con el menor promedio de colaboradores (recursos humanos) por centro.
 - h. Con el menor promedio de voluntarios por centro.
 - i. Con la menor calificación respecto de la atención, la higiene, la alimentación y la vigilancia que proporcionan a sus usuarios.
2. Variables o aspectos en los que sobresale el **estrato 2**, correspondiente a los centros de atención que tienen una cuota entre 1 y 2,000 \$/mes.
- a. Es el estrato que agrupa al mayor número de centros.
 - b. Después del estrato 1, son el grupo de centros que con el mayor porcentaje de usuarios becados.
 - c. Con el mayor número de usuarios por voluntarios.
 - d. Agrupa a los únicos centros que ofrecen servicio de transporte.
3. Variables o aspectos en los que sobresale el **estrato 3**, correspondiente a los centros de atención que tienen una cuota entre 2,001 y 4,000 \$/mes.
- a. Son los centros con el mayor promedio de colaboradores (recursos humanos) por centro.

4. Variables o aspectos en los que sobresale el **estrato 4**, correspondiente a los centros de atención que tienen una cuota entre 4,001 y 6,000 \$/mes.
 - a. Son los centros de atención con la mayor capacidad utilizada.
 - b. Junto con el estrato 5, son el grupo de centros con el menor porcentaje de usuarios becados.
 - c. Junto con el estrato 5, son el grupo de centros que carece en su totalidad de la propiedad del inmueble.

5. Variables o aspectos en los que sobresale el **estrato 5**, correspondiente a los centros de atención que tienen una de 6,001 o más \$/mes.
 - a. En este rango sólo hay un centro de atención.
 - b. Con la menor antigüedad.
 - c. Con el menor número de usuarios por personal.
 - d. Con el menor número de usuarios por voluntarios.
 - e. Con el mayor número de servicios ofrecidos a los usuarios.
 - f. Con el mayor número de voluntarios.
 - g. Con la mayor calificación respecto de la atención, la higiene, la alimentación y la vigilancia que proporcionan a sus usuarios.

IV.- ANÁLISIS DE VARIACIONES EN EL TIEMPO

Se encontraron pocas variaciones entre el primer estudio y el realizado en 2011, a saber:

- TIPO DE SERVICIO: Tanto los centros del primer estudio como los revisados en 2011 mantienen su tipo de servicio (completo, de día o mixto). *Ver tabla 5*

Tabla 5.- COMPARATIVO DEL TIPO DE SERVICIO PRESTADO

	2006	2011
COMPLETO	1	1
DE DÍA	1	1
MIXTO	2	2

- SITUACION DEL INMUEBLE: Todos los centros mantienen su situación de propiedad del inmueble, lo mismo aquellos que operan en un inmueble rentado. *Ver tabla 6*

Tabla 6.- COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN DEL INMUEBLE

	2006	2011
PROPIO	1	1
RENTADO	3	3

- MEDIO DE TRASNSPORTE: La mitad de los centros comparados en ambos estudios, cambiaron su situación. Uno de ellos dejó de prestar el servicio de transporte y otro adquirió un vehículo y comenzó a hacerlo. *Ver tabla 7*

Tabla 7.- COMPARATIVO DEL SERVICIO DE TRANSPORTE QUE SE PRESTA A LOS USUARIOS

	2006	2011
Centro 1	SI	NO
Centro 2	NO	NO
Centro 3	NO	SI
Centro 4	NO	NO

- **CAPACIDAD:** Aunque la variación en conjunto no es significativa, los casos particulares si lo son. Sólo uno de los centros mantuvo su capacidad y tres cuartas partes de ellos la incrementaron en un rango del 12.90% al 36.36%, aumentando específicamente su posibilidad de atender población femenina (en uno de los casos hasta en un 83.33%). *Ver tabla 8*

Tabla 8.- COMPARATIVO DE LA CAPACIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011	% de variación
HOMBRES	25	29	16.00%
MUJERES	73	80	9.58%
TOTAL	98	109	11.22%

- **OCUPACION:** En cuanto a la ocupación real al momento de ambos estudios, la situación es similar al caso de la capacidad, en la que la variación en conjunto no es significativa pero los casos particulares si lo son. Todos los centros incrementaron el número de usuarios que atienden, en un rango del 3.57% al 114.28%,

aumentando específicamente su posibilidad de atender población femenina (en uno de los casos hasta en un 200.00%). *Ver tabla 9*

Tabla 9.- COMPARATIVO DE LA OCUPACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011	% de variación
HOMBRES	14	13	- 7.69%
MUJERES	63	83	31.74%
TOTAL	77	96	24.67%

- SERVICIO MÉDICO: En los centros revisados en ambos estudios se observó un disminución muy significativa (75.00% de los casos) en cuanto a la prestación del servicio médico. *Ver tabla 10*

Tabla 10.- COMPARATIVO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011
SI	4	1
NO	0	3

- TERAPIAS OCUPACIONALES: Sólo uno de los centros revisados en ambos estudios (25.00% de los casos) dejó de prestar terapias ocupacionales a sus usuarios. *Ver tabla 11*

Tabla 11.- COMPARATIVO DE LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS OCUPACIONALES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011
SI	4	3
NO	0	1

- ACTIIDAD FISICA: Al momento de realizar el segundo estudio, la totalidad de los centros que participaron en ambas ocasiones (100.00% de los casos) dejaron de ofrecer actividades físicas para sus usuarios. *Ver tabla 12*

Tabla 12.- COMPARATIVO DE LA PRESTACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011
SI	2	0
NO	2	4

- ACTIVIDADES RELIGIOSAS: Al igual que en el caso de las actividades físicas, los cuatro centros que participaron en ambos estudios (100.00% de los casos) dejaron de realizar actividades religiosas para sus usuarios. *Ver tabla 13*

Tabla 13.- COMPARATIVO DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011
SI	3	0
NO	1	4

- CONVIVENCIA: Así mismo, con el paso del tiempo se redujo el número de centros (en el 75.00% de los casos) que llevan a cabo actividades de convivencia. *Ver tabla 14*

Tabla 14.- COMPARATIVO DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONVIVENCIA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN

	2006	2011
SI	4	1
NO	0	3

RESUMEN DE LOS RESULTADOS RELEVANTES

Sobre los aspectos generales

- La mayor parte de los centros de atención para adultos mayores del estado de Chihuahua, que fueron revisados para este estudio, se fundaron a partir de los años 70's y hasta el año 2000.
- Casi dos terceras partes de ellos (63.16%) se ubican en la capital del estado y en Cd. Juárez, la ciudad más poblada de la entidad.
- La gran mayoría (86.84%) están legalmente constituidos, aunque poco regulados por las instancias gubernamentales correspondientes.
- Más de la mitad de los centros (52.63%) son laicos y el resto se reconoce como católico principalmente, cristiano o metodista.
- Es sumamente variable la capacidad instalada de los diferentes centros. El rango del cupo de los asilos varía de 10 a 100 personas. Igualmente la ocupación es muy variable, oscila en un rango de 28.00% a 140.00 % de su capacidad. De forma global los espacios están ocupados en un 77.97%.
- A mayor antigüedad, mayor porcentaje de ocupación. Los centros con menos de 20 años de operación tiene una ocupación del 68.08%, los que tiene entre 21 y 40 años del 84.82% y los de 41 años o más hasta 101.08%.
- El 84.16% de los centros ofrecen atención completa (hospedaje, alimentación y cuidados) y un 10.53% proporcionan atención diurna.

Sobre los usuarios

- La mayor parte de los residentes son mujeres. La población masculina de los centros de atención para adultos mayores en Chihuahua es de un 40.84% del total de usuarios. Por otra parte, a medida que las cuotas se incrementan la población masculina disminuye.

En los centros donde la cuota mensual es superior a los \$4,000 pesos mensuales, el porcentaje de hombres está en un rango entre 16.67% y 20.94%).

- Sólo el 22.14% de los usuarios cuenta con derechohabencia a algún sistema de seguridad social como IMSS, ISSSTE o Pensiones Civiles del Estado.

Sobre el servicio

- La mayor parte de los centros no tienen muchas actividades para los usuarios. La mayoría sólo tiene esporádicamente algunas actividades religiosas, sociales y recreativas. Como excepción uno que otro centro cuenta con actividades educativas, culturales, deportivas, ocupacionales y productivas.
- Sólo la mitad de ellos (50.00%) ofrece terapias ocupacionales a sus usuarios.
- Entre más alta es la cuota de recuperación, mayor es el número de servicios que se ofrecen. De la batería de 22 diferentes servicios que prestan los centros de atención, en promedio se brindan 2.6 servicios en promedio por cada centro. El rango va desde 1.42 servicios en promedio en los centros que no cobran cuota de recuperación , hasta 4.33 servicios en promedio en los centros que cobran cuotas por \$4,001 pesos o más.
- Los centros que ofrecen más servicios son los que tienen más voluntarios. El 82 % de los asilos que tienen 4 o más actividades cuentan con voluntarios (0 voluntarios = 1.13 servicios en promedio, 1:15 voluntarios = 2.54 servicios en promedio y 15 o más voluntarios = 5.75 servicios en promedio).
- La mayoría de los centros (78.95%) ofrece un buen servicio a sus usuarios. El 84.21 de ellos tiene un buen nivel de higiene; el 81.71% ofrece una buena alimentación y el 84.21% les brinda una buena vigilancia.

Sobre los recursos financieros y materiales

- La mayoría de los centros (65.79% a 68.42%) se allega ingresos mediante el cobro de cuotas de recuperación, donativos y actividades recaudatorias como bazares, rifas, eventos, colectas, etc.

- Casi un tercio de los centros (31.58%) no cobra cuotas de recuperación, el 47.37% de ellos les proporciona becas parciales y el 21.05% no ofrece becas. El costo promedio de las cotas de recuperación que se cobran en los centros es de \$1,141.53 pesos.
- A mayor antigüedad, menor el monto de las cuotas de recuperación (9:20 años / \$1,748.43 en promedio, 21:40 años / \$977.15 en promedio y 41 o más años / \$480.00 en promedio).
- Los centros que no cobran cuotas de recuperación son los de mayor antigüedad, con menor ocupación, con menos personal remunerado y menos voluntarios por cada usuario que atienden; son los que ofrecen el menor número de servicios y sólo unos cuantos de ellos tienen terapias ocupacionales. Por consecuencia tiene la menor calificación respecto de la atención, la higiene, la alimentación y la vigilancia que proporcionan a sus usuarios.
- Más de la mitad de los centros del estudio, cobran cuotas de recuperación entre \$1.00 y \$2,000 pesos. Estos centros son los únicos que cuentan con servicios de transporte para sus usuarios y tienen el número más reducido de voluntarios por usuarios.
- Los centros que cobran cuotas de recuperación entre \$2,001 y \$4,000 pesos al mes, son los que tienen el mayor número de colaboradores remunerados.
- Los centros cuya cuota de recuperación oscila entre \$4,001 y \$6,000 pesos, tienen la mayor ocupación, el menor porcentaje de usuarios becados y carecen de un inmueble propio para prestar sus servicios.
- Del universo de centros revisados, sólo hay uno que cobra una cuota por encima de los \$6,001 pesos (\$7,500 pesos). Es el centro con menor antigüedad, con más voluntarios y colaboradores remunerados con relación a sus usuarios, es quién ofrecen un mayor número de servicios y tiene la mayor calificación respecto de la atención, higiene, alimentación y vigilancia que proporcionan.

- El 34.21% de los centros carece de un local propio para prestar sus servicios, teniendo que sufragar gastos de arrendamiento en inmuebles no aptos para llevar a cabo su labor.
- La mayoría de los centros no cuentan con un vehículo. Sólo el 42.50 % de ellos cuentan con un vehículo de transporte, el resto señala requerir de uno.
- El mobiliario que utilizan se encuentra en general en buenas y muy buenas condiciones (81.58% de los casos).
- A medida que se incrementa el monto de las cuotas de recuperación el porcentaje de residentes que pagan, se incrementa también. Mientras que el promedio general de los residentes becados es de 59.16%, en los centros que cobran cuotas de recuperación de \$4,001.00 pesos o más, es de 4.17 %.

Sobre los recursos humanos

- De los 671 colaboradores de estos centros, casi un tercio (31.15%) es voluntario no remunerado, otro tanto (30.70%) es personal no calificado y sólo el 38.15% de ellos son profesionistas, técnicos o administrativos.
- Hay un 28.95% de los centros que no cuentan con voluntarios que los apoyen.
- En promedio estos centros cuentan con 1.74 usuarios por cada colaborador remunerado, y 5.85 usuarios por cada voluntario.

Sobre su evolución

- Cuatro centros que participaron en el estudio inicial fueron revisados nuevamente en 2011, encontrando que todos ellos incrementaron su capacidad y su ocupación, y redujeron significativamente los servicios que prestan: la mitad de ellos cambiaron su situación respecto a proporcionar servicio de transporte a sus usuarios; el 75% dejó de prestar servicios médicos, el 25% terapias ocupacionales, el 100% actividades físicas y actividades religiosas y el 75% actividades de convivencia.

CONCLUSIONES

Si revisamos la información generada tras la intervención a los 38 centros de atención para el adulto mayor del estado de Chihuahua, realizada en 2006, podemos observar cómo estos centros son muy insuficientes en cuanto a la infraestructura, recursos humanos materiales y financieros, programas y los servicios requeridos para cuidar de la salud física, emocional, intelectual, espiritual, social, financiera y medioambiental de sus usuarios; elementos que como ya se mencionó con anterioridad, son factores necesarios para el bienestar y el desarrollo pleno de los adultos mayores. Con su mayor esfuerzo apenas alcanzan a proporcionarles dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene.

A efecto de la calidad de vida, hay que entender que la representación social acerca de su significado para el adulto mayor es tener paz y tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él⁴⁰. A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas. Como observó Martha Vera (2007), la necesidad de autorrealización del adulto mayor solo se alcanza “si tiene el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas, garantizando con ello su calidad de vida”.

Todos sabemos que es conveniente para el bienestar psicofísico de las personas de edad avanzada que vivan en su propio hogar, aun cuando necesiten para ello algún tipo de ayuda externa, pero existen adultos mayores que por tener una edad muy avanzada, alto nivel de dependencia funcional, necesidad permanente de cuidados, falta de recursos de apoyo

⁴⁰ Martha Vera . Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.

informal, etc., les queda como último recurso la internación en un centro de atención. Como señalan Buendía y Riquelme (1997)⁴¹, la reducción del tamaño de la familia, la pequeña dimensión de las unidades habitacionales, la incorporación de la mujer al mercado laboral (siendo ella a la que tradicionalmente se le adscribe el rol del cuidado y la atención de los mayores), la falta de recursos y soluciones comunitarias, etc., generan el aumento del internamiento en centros de atención, produciendo en los adultos mayores el llamado “estrés por reubicación”, ya que el ingreso a un centro de atención implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación (De Las Heras., 1990)⁴². Un aspecto fundamental para esto, es el cambio de la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana (Rodríguez Feijóo, 1991)⁴³.

Es por eso que, desde la perspectiva del concepto de calidad de vida, se podría decir que el ámbito de lo emocional se ve seriamente afectado por el simple hecho de que un adulto mayor sea ingresado al centro de atención; y si a eso le sumamos la falta de preparación del personal que los atiende en estos centros y la escasez de actividades vinculadas con la familia, es muy fácil entender el estado de abandono e infelicidad que los adultos mayores institucionalizados perciben como su realidad cotidiana.

En cuanto al factor de la salud física, existe evidencia empírica de que la internación de los adultos mayores en estos centros de atención, la mayoría de las veces, acelera su deterioro, aumentando su grado de dependencia.

Los centros de atención para adultos mayores en el estado de Chihuahua responden a las necesidades de un grupo:

- Que carece de servicios básicos o acceso a seguridad social
- Que no tiene un entorno familiar que le brinde apoyo suficiente

⁴¹ Buendía J. y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos ¿solución o problema? Gerontología y Salud. Cap. XI. Biblioteca Nueva. Madrid.

⁴² De Las Heras, F.J.; Polaina, J.M.; Gaona, F.A. y Dueñas, M. (1990). Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. Revista Española de Gerontología y Geriátrica.

⁴³ Rodríguez Feijóo, N. (1991). Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación geriátrica. Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica.

- Que padece alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento médico continuo y especializado
- Con aislamiento social
- De limitados recursos económicos
- Con bajo nivel cultural
- Con presencia frecuente de multipatología, atípica o silenciosa

El hecho de que la mayoría de los usuarios de estos centros no cuente con derechohabencia en instituciones de seguridad social equivale a no tener, entre otras cosas, el acceso seguro y oportuno a la atención médica, justamente en la etapa de la vida que con mayor urgencia se requiere.

Estos centros, con recursos disponibles generalmente escasos, no pueden brindar una atención integral a la salud de sus usuarios, pues en su mayoría adolecen de la asesoría y atención directa de especialistas, a los que recurren solo en casos extremos ya que su capacidad económica es muy limitada.

La ausencia en la recepción de servicios médicos tiene múltiples implicaciones. Por ejemplo, los centros de atención no cuentan con orientación para adoptar medidas preventivas que permitan retardar el momento de desarrollo de enfermedades (transmisibles y crónico-degenerativas); una vez instalada la enfermedad, se carece de control y tratamiento, no hay disposición de medicamentos y es incosteable la hospitalización. Todo ello contribuye al rápido deterioro de los usuarios aún funcionales o con adecuado potencial de rehabilitación.

En cuanto a los factores financieros, sobra decir que si los centros de atención carecen de medios para su adecuado desempeño, mucho menos tienen la capacidad de brindar seguridad económica o apoyos financieros a sus usuarios. Una gran parte de ellos carecen de un inmueble propio o de bienes de mayor valor como un vehículo de transporte, y dependen en gran medida de lo que pueden recabar mediante las cuotas de recuperación o a través de colectas y eventos recaudatorios, siendo en todos los casos insuficientes y de

poca monta, pues hay que recordar que un porcentaje muy importante de los usuarios de los centros de atención no pagan por su estancia y/o reciben una beca significativa.

Así mismo, respecto del factor medioambiental, hay que reconocer que estos centros no cuentan con la infraestructura necesaria para ofrecer a sus usuarios una atención integral que les permita vivir sus últimos años de manera segura, digna y feliz. Físicamente no están preparados para alojar a personas que por su edad requieren de ciertas condiciones arquitectónicas para su seguridad y cuidado de la salud como: pisos antiderrapantes, rampas, pasamanos, sanitarios altos, puertas amplias, etc., y carecen de mobiliario y equipo especial.

Finalmente, en lo que toca a la intelectualidad, los aspectos sociales y espirituales, destaca el hecho de que la mayor parte de los centros no tienen muchas actividades para los usuarios y sólo la mitad de ellos ofrece terapias ocupacionales. Es por ello común observar que, como no se alcanzan las condiciones óptimas de cuidados en los centros de atención, la evolución bio-psico-social de los usuarios es desfavorable.

En este sentido, desafortunadamente no sólo se trata de recursos financieros, sino en muchos casos de prioridades, ya que no todos los directivos de los centros de atención de la entidad tienen en la agenda el objetivo de brindar una atención integral a los usuarios, conformándose con asegurar el hospedaje, alimentación, vestido y cuidado de la enfermedad de los mismos. Condenándolos con ello a una existencia vacía y desesperanzadora.

Es por todo lo anterior que, tras contrastar los principios de la calidad de vida con la realidad de los centros de atención para adultos mayores en el estado de Chihuahua, se vuelve evidente el hecho de que carecen de capacidad para brindar a sus usuarios condiciones que permitan el bienestar y desarrollo pleno que éstos requieren y por tanto se confirma la hipótesis principal de este trabajo.

...

Al tenor de la hipótesis complementaria, hay que partir del principio de que el hogar es la unidad de organización doméstica en la que la solidaridad y protección entre sus miembros, es de vital importancia para alcanzar el bienestar de todos ellos y potenciar sus aptitudes.

Este principio ha sido rebasado por los cambios en el papel y la estructura de la familia que han alterado las formas tradicionales de cuidado de las personas de mayor edad. Las familias están experimentando cambios demográficos, culturales y socioeconómicos que tienen consecuencias para las relaciones intrafamiliares, incluidos los cuidados que prodigan.

Por ello las familias recurren a los centros de atención a los que les transfieren su responsabilidad de atención y cuidado; no obstante de que por ley “la familia de la persona adulta mayor debe cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que debe velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral” (Congreso de la Unión, 2001)⁴⁴.

Los centros de atención son una alternativa de asistencia social para aquellas personas que arriban a la tercera edad en soledad y con carencias económicas. Sin embargo, en nuestra comunidad un alto porcentaje de sus usuarios tiene familia que primero deja de atenderlos directamente y posteriormente se deslinda totalmente de la retribución que les merecen, llegando al caso de dejar de pagar las pequeñas cuotas que solicitan los centros de atención.

Esta actitud negativa, injusta y desconsiderada se permea en la sociedad estableciendo condiciones de poco aprecio y falta de recursos disponibles para los adultos mayores. Sin embargo, como se comentó en el contexto situacional, a la vez se han impulsado una serie iniciativas en respuesta a esta problemática, conviviendo en el mismo espacio para darle balance a una comunidad que debe enfrentar el reto del envejecimiento poblacional.

⁴⁴ Ley de los derechos de las personas adultas mayores. México, Congreso de la Unión.

Es así como vimos el compromiso de los empresarios que presidían FECHAC en el año 1997, impulsando a través del PRODIA la de suma de esfuerzos de todos los actores involucrados con la problemática de los adultos mayores chihuahuenses.

Las cinco iniciativas que emprendió el grupo interinstitucional e intersectorial que convocaron para tal efecto, fueron semillas que años más tarde se convirtieron en programas, estructuras y realidades.

La formación de recursos humanos especializados en geriatría y gerontología, la vinculación y capacitación a los centros de atención, los programa educativos para mejorar la conceptualización del envejecimiento y las reformas legislativas, revolucionaron en cierto grado el contexto y pusieron en el imaginario de la sociedad la reflexión sobre el significado de ser un adulto mayor.

Hay que reconocer que estas acciones fueron reforzadas de manera importante por un movimiento mundial que resonó fuertemente: el Año Internacional del Adulto Mayor, que como en todas las iniciativas de la Organización de las Naciones Unidas, se trabajó desde los años previos a 1999 con los gobiernos para comprometerlos a implementar acciones a favor de los principios que se promovían de independencia, participación, cuidados, autorealización y dignidad de las personas de edad avanzada.

Bajo esta sombrilla prosperaron fácilmente todas las actividades dirigidas a mejorar la conceptuación del envejecimiento en nuestra entidad y a generar un marco regulatorio para la protección de los derechos de este grupo etario.

Y es quizá la circunstancia de que llegara al mando un Ejecutivo Estatal empático con este tema, lo que permitió concretar y expandir muchas de las labores antes iniciadas. O es tal vez que su empatía es consecuencia de todo lo anterior...

Los hechos son que durante la administración estatal 2004-2010 se consolidaron muchos beneficios a favor de los adultos mayores chihuahuenses y también de los centros que los atienden. Se abrieron múltiples programas que hasta ahora están vigentes, se crearon estructuras y marcos regulatorios, se abrieron muchos espacios de participación y con ello

se cambió el rostro de la situación y futuro de las personas de edad avanzada en nuestra entidad.

No obstante hay tareas pendientes por hacer en cuanto a la mejora de las instituciones que atienden a los adultos mayores y los apoyos que es necesario brindarles para que ello suceda, tales como capacitación, orientación, supervisión, dotación de recursos, etc.

Por tanto, la hipótesis secundaria quedaría parcialmente confirmada, porque a pesar de que hay muchas áreas de oportunidad respecto de los esfuerzos que realizan la sociedad y el gobierno para proveer calidad de vida a los adultos mayores chihuahuenses, y pudieran por tanto considerarse insuficientes, hay que reconocer que se ha realizado una gran labor que ha rendido importantes frutos.

...

El análisis de las estadísticas poblacionales permite concluir que el proceso de envejecimiento en el país y en nuestro estado se distingue por la prevalencia de la inequidad social.⁴⁵

Uno de los problemas que acompaña a los adultos mayores es la sensación de “ineficacia” que muchas veces, se intensifica por la existencia de prejuicios, por parte de él mismo y de los demás hacia él, por ello es de capital importancia que el adulto mayor encuentre condiciones que puedan mantener y mejorar su funcionalidad, toda vez que ésta afecta a la percepción de calidad de vida individual⁴⁶.

En primer término sería conveniente concentrarse en la creación y mantenimiento de diferentes servicios que permitan asistir al adulto mayor en su propio hogar, evitando de este modo su internamiento en centros de atención.

Para aquellos que no pueden evitarlo, se debe mejorar la calidad de los servicios prestados por los centros existentes, empleando profesionales y asistentes con una buena formación

⁴⁵ Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI 2005 INEGI

⁴⁶ Alexandrina Lobo, Maria Paula Santos y Joana Carvalho. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(Supl 1)

gerontológica. Los centros de atención deben ofrecer prioritariamente diferentes alternativas de actividades para que el adulto mayor pueda realizar aquellas que le resultan más interesantes y atractivas, con el fin de que tengan oportunidad de desarrollar todas sus capacidades y experimentar nuevas vivencias, y evitar así el comportamiento pasivo que tan comúnmente se encuentra en los adultos mayores institucionalizados. Los directivos de los centros de atención deben informar claramente, y promover de manera permanente con los familiares, la importancia que tiene para el adulto mayor contar con su apoyo, recibir visitas, sentir que su familia sigue siendo su grupo de pertenencia, para disminuir de este modo los sentimientos de soledad, desarraigo y abandono, contribuyendo de este modo, en la medida de lo posible, a mejorar su calidad de vida.

Para que el envejecer no se vuelva una pesadilla, y vivir no sea apenas sumar años a los años, es urgente crear centros de atención que sean verdaderos hogares para los adultos mayores, donde los usuarios encuentren calor, casa, familia, pan y tranquilidad; para que no sientan como un golpe insuperable el alejarse de su casa, de sus amigos, de su familia, de sus rutinas y hasta de sí mismos (de lo que eran antes de ser institucionalizados).

Así mismo, los centros de atención deben poner énfasis en la autonomía e independencia de la persona mayor. Más aún cuando la mayor longevidad de la población implica no solo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que también una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores.

Sociedad y gobierno deben apoyar a los centros de atención para que cuenten con asesoría geriátrica y capacitación del personal, para ayudarlos a volver la mirada hacia nuevos conceptos de atención integral que protejan sus derechos de ser productivos y parte importante integral de la sociedad.

Se deben impulsar esquemas de asistencia social y de ahorro personal y familiar para atender sus necesidades, y propiciar las condiciones que les garanticen un nivel de vida adecuado y la oportunidad para que continúen aportando su experiencia y capacidad.

No hay que olvidar que el envejecimiento activo y por ende exitoso es resultado de:

- El mantenimiento de las capacidades funcionales físicas, cerebrales, afectivas y sociales.
- Un buen estado nutricional
- Un proyecto de vida motivante para prevenir déficits psicológicos
- Sustituir lo que ya no se puede hacer para evitar la carencia de actividades
- Emplear paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades o invalidez

Se puede pensar que la situación de crisis económica hace imposible la implementación de algunas de las medidas aquí señaladas, pero realmente como lo indica Pereyra (2008)⁴⁷ “se trata de revolucionar la mentalidad, en el sentido de reconocer y escoger prioridades, de promover la iniciativa, la creatividad, el aspecto lúdico y el sueño a favor de los adultos mayores, principalmente de aquellos institucionalizados, para que en suma y fundamentalmente nadie tenga miedo de envejecer”.

En sentido estricto envejecer significa convertirse en persona de edad, pero también puede significar un crecimiento y desarrollo permanente de carácter físico, económico, intelectual, espiritual etc. La vida de las personas mayores puede ser tan satisfactoria como en otras etapas del ciclo vital, en la medida que se potencien otras dimensiones además de la salud, ponderando de forma equilibrada las ventajas y desventajas de una vida más larga.

Es precisamente por los cambios esperados en el futuro, que la Tercera Edad en nuestras comunidades requiere de una mayor atención que fomente la participación del adulto mayor en el conjunto de la sociedad. Se requiere de una sociedad sensible, solidaria y participativa con los adultos mayores, que les permita expresarse y participar de manera organizada y propositiva; así mismo, contar con Instituciones conscientes de su responsabilidad con este sector de la población y dispuestas a trabajar de manera conjunta y coordinada para elevar su eficiencia y eficacia.

⁴⁷ La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. António José Pereira dos Santos Almeida, Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues. Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro-dezembro.

Defender los derechos de los adultos mayores antes señalados no es un acto de caridad, sino un deber de toda la sociedad para que esta etapa de la vida merezca ser vivida. Ya que en la mejor de las perspectivas todos arribaremos a ella, debemos esforzarnos desde ahora en mejorar la calidad de vida de quiénes ya han llegado.

Una larga vida proporciona a los seres humanos la oportunidad de examinar retrospectivamente sus vidas, corregir algunos de sus errores, acercarse más a la verdad y lograr una comprensión diferente del sentido y el valor de sus acciones. Quizá sea ésta la mayor contribución de las personas de edad a la comunidad.

Es por eso que la presencia de los adultos mayores en el hogar, la vecindad y en todas las formas de vida social, sirve aún de lección insustituible para la humanidad, a través de educar a los más jóvenes y transmitirles valores.

Dado que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y debe reconocerse como tal; la preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales de manera permanente.

...

Confío en que este trabajo contribuya a despertar la inquietud, la conciencia moral, la responsabilidad y la acción a favor de los adultos mayores para elevar la calidad de vida y productividad de los mismos, a favor de ellos, sus familias y la sociedad en su conjunto.

FUENTES DE CONSULTA

Libros

- Baltés, M., y Werner Wahl, H. (1985) "Dependencia de los ancianos", *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y Social*. Martínez Roca. Madrid España.
- Buendía J. y Riquelme, A. (1997) Residencias para ancianos ¿solución o problema? *Gerontología y Salud*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Flores, V. M. E., Valle, B. M. A., y Muñoz, D. A. (2009) "Calidad de vida y salud en el anciano en el siglo XXI ", *Psicología de Salud en el anciano del siglo XXI* Cervantes, C. A., y Flores Villavicencio, M. E.

Revistas

- Lobo, A., Santos, MP., Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007.
- Pereira dos Santos Almeida AJ, Costa Pereira Rodrigues VM. La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 noviembre-diciembre.
- De Las Heras, F.J.; Polaina, J.M.; Gaona, F.A. y Dueñas, M. Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. *Revista Española de Gerontología y Geriatria*. 1990
- Rodríguez Feijóo, N. Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación geriátrica. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*. 1990.
- Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.

Documentos Oficiales

- Catálogo de Servicios de la Secretaria de Desarrollo Social.
- Chihuahua: Indicadores demográficos, 1990-2010.
- Código Penal del Estado.
- CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2030.
- Consejo Estatal de Población Chihuahua
- Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2011a). Base de datos de estimaciones de población 1990-2012.
- Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile, Agosto de 2011.
- INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.
- INEGI. Base de datos. Estadísticas Vitales, 2001.
- INEGI. Base de datos. Estadísticas Vitales, 2002.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995.
- INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004.
- INEGI. Estadísticas Vitales, 2000.
- INEGI. Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014.
- INEGI. Los adultos mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. 2005.
- INEGI. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliad. México, 2000.
- INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda. 1999.
- INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
- Ley de Asistencia Social / Ley de Asistencia Social Pública y Privada para el Estado de Chihuahua.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua.

- Ley de los derechos de las personas adultas mayores. México, Congreso de la Unión.
- Ley Estatal de Educación.
- Ley Estatal de Salud.
- Ley Estatal para Personas con Discapacidad / Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua.
- Ley Orgánica del Ministerio Público del Estado.
- Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010.
- Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Páginas de internet consultadas

- Beneficiarios del programa Vive a Plenitud a diciembre del 2008 (http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/Transparencia/FRACCION_XII/fomentosocial/CE_5CC_1899_8.pdf)
- CONACULTA (http://www.conaculta.gob.mx/estados/may09/29_chih02.html)
- Página oficial de José Reyez Baeza (www.reyesbaeza.com)

ANEXOS

ANEXO 1 Análisis de variables individuales

Ubicación geográfica

Aldama	2.63%	1 centro
Camargo	2.63%	1 centro
Chihuahua	42.11%	16 centros
Chinipas	2.63%	1 centro
Cauhtémoc	5.26%	2 centros
Delicias	5.26%	2 centros
Jiménez	2.63%	1 centro
Juárez	21.05%	8 centros
Madera	2.63%	1 centro
Meoqui	5.26%	2 centros
Ojinaga	2.63%	1 centro
Saucillo	2.63%	1 centro
Sta. Bárbara	2.63%	1 centro
	100.00%	38 centros

Filiación religiosa

Católica	31.58%	12 centros
Cristiana	10.53%	4 centros
Laica	52.63%	20 centros
Metodista	5.26%	2 centros
	100.00%	38 centros

Capacidad

Hombres	43.05%	561 personas
Mujeres	56.95%	742 personas
	100.00%	1303 personas

Ocupación

Hombres	40.85%	415 personas
Mujeres	59.15%	601 personas
	100.00%	1016 personas

Antigüedad

De 20 o menos	42.11%	16 centros
De 21 a 40	34.21%	13 centros
De 41 a 60	2.63%	1 centro
De 61 a 80	7.89%	3 centros
De 81 o más	2.63%	1 centro
Ni identificado	10.53%	4 centros
	100.00%	38 centros

Situación jurídica

Con acta constitutiva	86.84%	33 centros
Sin acta	13.16%	5 centros
	100.00%	38 centros

Inscritos en el padrón de la JBP	55.26%	21 centros
No inscritos en el padrón de la JBP	44.74%	17 centros
	100.00%	38 centros

Con constancia de la SFS	23.68%	9 centros
Sin constancia de la SFS	76.32%	29 centros
	100.00%	38 centros

Con regulación de la SHCP	57.89%	22 centros
Sin regulación de la SHCP	42.11%	16 centros
	100.00%	38 centros

Servicios

Con hospedaje y alimentos	84.21%	32 centros
Sin hospedaje y alimentos	15.79%	6 centros
	100.00%	38 centros

Con estancia diurna	10.53%	4 centros
Sin estancia diurna	89.47%	34 centros
	100.00%	38 centros

Con servicio médico	15.79%	6 centros
Sin servicio médico	84.21%	32 centros
	100.00%	38 centros

Con actividades de rehabilitación física	13.16%	5 centros
Sin actividades de rehabilitación física	86.84%	33 centros
	100.00%	38 centros

Con servicio de transportación	7.89%	3 centros
Sin servicio de transportación	92.11%	35 centros
	100.00%	38 centros

Brindan apoyo en medicamentos	13.16%	5 centros
No brindan apoyo en medicamentos	86.84%	33 centros

	100.00%	38 centros
Brindan asesoría y gestión	2.63%	1 centros
No brindan asesoría y gestión	97.37%	37 centros
	100.00%	38 centros
Brindan apoyo económico	2.63%	1 centros
No brindan apoyo económico	97.37%	37 centros
	100.00%	38 centros
Actividades		
Con terapia ocupacional	50.00%	19 centros
Sin terapia ocupacional	50.00%	19 centros
	100.00%	38 centros
Con actividades de convivencia social	26.32%	10 centros
Sin actividades de convivencia social	73.68%	28 centros
	100.00%	38 centros
Con actividades deportivas	13.16%	5 centros
Sin actividades deportivas	86.84%	33 centros
	100.00%	38 centros
Con actividades religiosas	5.26%	2 centros
Sin actividades religiosas	94.74%	36 centros
	100.00%	38 centros
Brindan capacitación	5.26%	2 centros
No brindan capacitación	94.74%	36 centros
	100.00%	38 centros

Con actividades educativas	2.63%	1 centros
Sin actividades educativas	97.37%	37 centros
	100.00%	38 centros

Con actividades productivas	2.63%	1 centros
Sin actividades productivas	97.37%	37 centros
	100.00%	38 centros

Fuentes de financiamiento

Federal	13.16%
Estatad	47.37%
Municipal	36.84%
Donativos institucionales	57.89%
Donativos de personas	65.79%
Actividades	63.16%
Cuotas de recuperación	68.42%

Cuotas de recuperación

Nada	31.58%	12 centros
De \$1 a \$2,000 pesos	52.63%	20 centros
De \$2,001 a \$4,000 pesos	7.89%	3 centros
De \$4,001 a \$6,000 pesos	5.26%	2 centros
De \$6,001 en adelante	2.63%	1 centros
	100.00%	38 centros

B e c a s

Ningún residente	21.05%	8 centros
1-25% de los residentes	7.89%	3 centros
26-50% de los residentes	7.89%	3 centros
51-75% de los residentes	15.79%	6 centros
76-99% de los residentes	15.79%	6 centros
100% de los residentes	31.58%	12 centros
	100.00%	38 centros

Patrimonio

Con vehículo	44.74%	17 centros
Sin vehículo	55.26%	21 centros
	100.00%	38 centros

Con equipo de cómputo	28.95%	11 centros
Sin equipo de cómputo	71.05%	27 centros
	100.00%	38 centros

Inmueble propio	65.79%	25 centros
Inmueble arrendado	31.58%	12 centros
Inmueble prestado	2.63%	1 centros
	100.00%	38 centros

Condiciones del mobiliario

Excelentes	2.63%	1 centros
Muy buenas	52.63%	20 centros
Buenas	28.95%	11 centros
Malas	15.79%	6 centros
	100.00%	38 centros

Recursos Humanos

Sin profesionistas en su plantilla	23.68%	9 centros
De 1-3 profesionistas en su plantilla	65.79%	25 centros
Más de 4 profesionistas en su plantilla	10.53%	4 centros
	100.00%	38 centros

Sin técnicos en su plantilla	42.11%	16 centros
De 1-3 técnicos en su plantilla	42.11%	16 centros
Más de 4 técnicos en su plantilla	15.79%	6 centros
	100.00%	38 centros

Sin personal administrativo en su plantilla	10.53%	4 centros
Con personal administrativo en su plantilla	89.47%	34 centros
	100.00%	38 centros
Sin personal no calificado	15.79%	6 centros
Con personal no calificado	84.21%	32 centros
	100.00%	38 centros
Sin Voluntarios	18.42%	7 centros
Con Voluntarios	71.05%	27 centros
No identificado	10.53%	4 centros
	100.00%	38 centros
Profesionistas	9.54%	64 personas
Técnicos	12.37%	83 personas
Administrativos	16.24%	109 personas
No calificados	30.70%	206 personas
Voluntarios	31.15%	209 personas
	100.00%	671 personas
Atención a la población		
Excelente	5.26%	2 centros
Muy buena	2.63%	1 centros
Buena	76.32%	29 centros
Regular	7.89%	3 centros
Mala	7.89%	3 centros
	100.00%	38 centros

Higiene

Excelente	7.89%	3 centros
Muy buena	0.00%	0 centros
Buena	73.68%	28 centros
Regular	10.53%	4 centros
Mala	7.89%	3 centros
	100.00%	38 centros

Alimentación

Excelente	7.89%	3 centros
Muy buena	0.00%	0 centros
Buena	73.68%	28 centros
Regular	10.53%	4 centros
Mala	7.89%	3 centros
	100.00%	38 centros

Vigilancia

Excelente	5.26%	2 centros
Muy buena	0.00%	0 centros
Buena	78.95%	30 centros
Regular	7.89%	3 centros
Mala	7.89%	3 centros
	100.00%	38 centros