

00669



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Facultad de Contaduría y Administración
Facultad de Química
Instituto de Investigaciones Sociales
Instituto de Investigaciones Jurídicas

T e s i s

**“Análisis de las relaciones de vida entre el Adulto Mayor y
la Familia en la Delegación Política de Iztacalco”**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración con
Formación en Sistemas de Salud**

Presenta: Beatriz Mejía Alcaraz

Tutor: Mtro. Jorge Ruíz de Esparza

Asesor de apoyo: Mtra. Rocío Liarena de Thierry

México, D.F., Junio 2004



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.

AGRADECIMIENTOS

**A MIS PADRES POR TODO EL APOYO INCONDICIONAL
Y LA CONFIANZA QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.**

**A MIS HERMANOS LOURDES, ARMANDO Y RODRIGO
POR RESPALDAR MIS MÁS INESPERADAS DECISIONES.**

**AL DR JOSÉ ANTONIO HÉRNANDEZ POR TODA SU
ORIENTACIÓN Y APOYO..... UN ESPECIAL
AGRADECIMIENTO.**

**A TODAS LAS EDUCADORAS FAMILIARES EN
SALUD CON LAS QUE SE ME PRESENTO LA
OPORTUNIDAD DE TRABAJAR CON LO CUAL
PUDE OBSERVAR SU CRECIMIENTO PERSONAL
Y PROFESIONAL..... EN ESPECIAL A LAS
QUE ME APOYARON EN LA REALIZACIÓN
DE ESTE TRABAJO.**

**A MIS ASESORES
DR. JORGE RUÍZ DE ESPARZA Y A LA
MAESTRA ROCIO LLARENA DE TERRY MI
MÁS PROFUNDA ADMIRACIÓN Y RESPETO
PARA AMBOS.**

I N D I C E

Páginas

1. ANTOPOLOGIA DE LA FAMILIA.....	1
1.1. Concepto de Familia.....	1
1.1.2. Organización Familiar.....	1
1.1.3. Aspecto Socio-Cultural.....	2
1.1.4. La Familia en los 70s.....	2
1.1.5. La Familia en los 80s.....	2
1.1.6. La Familia en los 90s.....	4
1.1.7. Clasificación Familiar.....	5
1.1.8. Necesidad Humana de Pertenencia a la Familia.....	7
1.1.9. Necesidades Psicosociales.....	7
1.1.10. Estado Interventor Corporativo 1940-1988.....	8
1.2. Formas de Apoyo a la Familia.....	9
a) Meso América.....	10
b) Época Colonial.....	11
c) República Restaurada y Porfiriato (1867-1911).....	12
d) Porfiriato (1876-1911).....	12
e) De la Revolución Mexicana a la Década de los Cuarentas.....	13
f) Estado Interventor Corporativo (1940-1988).....	14
g) Apoyo a las Familias en el Siglo XX.....	16
1.3. Marco Legal.....	16
1.4. Ley General de Salud.....	18
1.5. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.....	20
1.6. Código Civil para el Distrito Federal.....	23
1.7. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.....	24
2. POLITICAS SOCIALES EN PREVENCIÓN Y APOYO A LA FAMILIA.....	28
2.1. Programa Salud del Adulto y el Anciano 2001-2006.....	28
2.2.1. Problemática Actual	29
2.2.2. Líneas Estratégicas	29
2.2.3. Plan de Acción.....	29
2.2.4. Objetivos Específicos.....	30
2.2. Papel de las Organizaciones Civiles en la Atención de los Adultos	

Mayores.....	30
2.3 Política Social del Gobierno del Distrito Federal.....	32
2.4. Programa Apoyo Alimentario y de Medicamentos para Adultos	
Mayores que viven en el Distrito Federal (Primera Fase).....	34
2.4.1. Objetivo General.....	35
2.4.2. Objetivos Específicos.....	35
2.4.3. Destinatarios.....	35
2.4.4. Considerando.....	36
2.4.5. Acuerdos.....	36
2.4. Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos	
Mayores de 70 años y más que viven en el Distrito Federal	
(Segunda Fase).....	37
2.4.1. Características.....	37
3. MARCO DE REFERENCIA.....	39
3.1. Indicadores y Noticias de Salud de los Adultos Mayores.....	39
3.1.1. Principios De las Naciones Unidas.....	40
3.2. Proyecto de Objetivos Mundiales.....	42
3.2.1. Los Objetivos.....	42
3.2.2. Mecanismo Nacional de Coordinación.....	43
3.2.3. Metas en Materia de Salud.....	44
3.2.4. Lanzamiento de una Campaña.....	45
3.2.5. Metas en Materia de Vivienda.....	45
3.2.6. Metas Relacionadas con la Familia.....	46
3.2.7. Metas en Materia de Educación.....	47
3.2.8. Metas en Materia de Bienestar Social.....	48
3.2.9. Metas en Materia de Seguridad.....	49
3.3. Los Geriátricos: Símbolo del Fracaso de la Sociedad.....	50
3.4. Autoestima del Adulto Mayor.....	53
3.4.1. Informe Sobre el Envejecimiento.....	55
3.5. Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor.....	56
a) Adulto Mayor y Autoestima.....	57
b) Inteligencia Emocional y Autoestima.....	59
c) Modelo del Viejismo.....	61

d) Mirando al Tercer Milenio.....	62
e) Personalidad como Proyecto.....	62
f) Sentido de la Felicidad.....	62
g) Educar para la Vida.....	63
3.6. Informe a la Comisión de Atención a la Tercera Edad Jubilados y Pensionados de la II Asamblea Legislativa.....	65
3.6.1. Avance en el Cumplimiento.....	65
3.6.2. Observancia de las Disposiciones.....	69
3.6.3. El Derecho Ciudadano.....	70
3.6.4. Evaluación de Resultados.....	72
3.6.5. Evaluación de Resultados de la Unidad.....	74
3.6.6. Presupuesto Asignado.....	74
3.6.7. Iniciativa de Reformas.....	76
3.7. Familias y Envejecimiento: Oportunidades y Desafíos Tema del Día Internacional de las Familias.....	77
3.7.1. Integración Familiar y Sociedad de Grupos Vulnerables.....	79
a) Integración Familiar.....	79
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	80
4.1. Supuesto.....	80
4.2. Objetivos de la Investigación.....	80
a) Objetivo General.....	80
b) Objetivo Específico.....	80
4.3. Marco Metodológico.....	80
4.4. Población a Estudiar.....	81
4.5. Técnicas e instrumentos de Recolección de la Información.....	81
4.6. Métodos y Procedimiento de Análisis de la Información.....	81
5. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA.....	82
5.1. Selección y Aplicación de la Encuesta.....	83
5.2. Muestra.....	83
5.3. Descripción de Resultados.....	83
5.4. Rasgos más importantes encontrados.....	89
a) Distribución de la población: Estado Civil vs Con quién vive.....	89

b) Distribución de la población: Ocupación vs Con quién vive.....	90
c) Distribución de la Población: Sexo vs Escolaridad.....	90
d) Distribución de la Población: Con quién Vive vs Qué haría si el Programa Desapareciera.....	91
e) Distribución de la Población: Existen Conflictos vs Tipo de Conflictos.....	91
f) Distribución de la Población: Apoyo del Gasto Familiar vs Dinámica Familiar.....	91
g) Distribución de la Población: Dinámica Familiar antes vs Dinámica Familiar después.....	92
h) Distribución de la población: Tiempo con la tarjeta vs Productos que compra.....	92
i) Distribución de la Población: Apoyo Familiar vs con quién vive.....	93
j) Distribución de la población: Tiempo con la tarjeta vs Significado de contar con ella.....	93
k) Distribución de la población: Derechohabiencia vs Con que frecuencia asiste al médico.....	93
l) Distribución de la Población: Con quién vive vs quien lo acompaña a hacer sus compras.....	94
m) Distribución de la Población: Tipo de productos vs Le alcanza el Dinero.....	94

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....95

GLOSARIO.....98

BIBLIOGRAFIA.....100

ANEXOS

1. Diagnóstico de IZTACALCO.....	103
2. Cuestionario.....	109

1. ANTROPOLOGÍA DE LA FAMILIA

1.1. Concepto de Familia

“Familia esposo o esposa con o sin hijos o un padre y madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. (16) **Consenso Canadiense.**

“Familia miembros emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”. (13) **Organización Mundial de la Salud ONU**

“La familia es un grupo social primario, formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”. (20) **Santa Cruz Varela**

1.1.2. Organización Familiar

La familia ha sido una institución profundamente conservadora, esto tiene que ver con las condiciones económicas que ha vivido la población de México en la época de la Colonia, Independencia y Revolución.

La explosión demográfica y la consecuente ola migratoria campo-ciudad se presenta de manera acelerada, modificando la distribución de la población con una mayor concentración en algunas ciudades. Éste fenómeno trajo consigo el rompimiento de la forma de vida de provincia que dominara antes, generando actitudes y conductas nuevas. Para 1985, más del 90 por ciento de los mexicanos continúan viviendo en una familia nuclear, y aunque las tradiciones y presiones sociales varían dependiendo de las regiones y el sector social al cual pertenece, están unidos por su adhesión a las reglas “tribales” de cada familia extendida.

En el aspecto económico las familias se clasifican en tres grandes grupos: el de altos ingresos, el de medios ingresos y el de bajos ingresos. Situación que comienza a presentarse básicamente a partir de la década de los cuarentas, en donde el país comienza su proceso de industrialización y, por lo tanto, el de urbanización de manera acelerada.

1.1.3. Aspecto Socio- Cultural

La mezcla de actitudes ante el sexo, rituales sociales y religión se definen en el hogar. Por ello la gama de pasiones amor, odio, celos, devoción y violencia se pueden vivir en esta por ello siguen vigentes creencias, costumbres y supersticiones ancestrales como parte intrínseca de la cultura y la familia (más que la propia institución de la iglesia) Con respecto a la relación hombre y mujer, en muchos sentidos ésta no ha cambiado: las mujeres se encuentran en un lugar de sumisión desde la llegada de los españoles.

Esta situación se presenta a pesar de que la mujer ha estado incorporándose a las actividades productivas de manera formal. Ciertamente hay mujeres que trabajan por gusto, pero la mayoría que lo hace es por necesidad.

1.1.4. La Familia en los Años 70s.

Durante estos años el poder adquisitivo de las familias se mantiene más o menos estable debido al gran endeudamiento que va adquiriendo México gracias a las reservas petroleras. El modelo de vida americano va permeando a los sectores medios de la población y se refuerza la idea del proyecto de modernidad.

A partir del movimiento de estudiantes del 68 comienzan a resurgir los movimientos feministas por lo cual se comienza a elegir libremente a la pareja sin intervención de los padres. La mujer comienza a integrarse masivamente a la formación académica y a trabajar sin ser vista socialmente mal. En este momento el gobierno comienza a plantearse la necesidad de disminuir el crecimiento demográfico de ahí que inicie la campaña "La familia pequeña vive mejor" a través del uso de los métodos anticonceptivos, con ello se liberó a muchas mujeres de embarazos permanentes.

1.1.5. La Familia en los 80s

En esta etapa la mujer es la verdadera fuerza y estabilidad de la familia en razón de la gran cantidad de madres solteras y esposas abandonadas. Alrededor de la mitad de las familias nucleares del país están encabezadas por mujeres, incluso en los hogares que no se han roto, las mujeres resuelven la mayor parte de los problemas: son responsables y confiables, proporcionan continuidad y controlan el entorno emocional. Además determina la conducta y las actitudes de los hijos.

Los hombres son educados en el machismo (defensa de honor y el valor físico, destinado a impresionar a los otros hombres), lo que representa un claro sentido de inseguridad sexual que es "superado" tan sólo cuando se trata a las mujeres con una

combinación de desconfianza y represión, teniendo un constante temor de ser traicionado por la mujer. Por su parte, las mujeres oscilan entre los papeles conflictivos madre y amante que les han sido asignados por la cultura la cual les presiona para ser sumisas, femeninas y proveedoras de placer y comodidades al hombre. Las madres son muy celosas de los hijos y les enseñan a las hijas las virtudes de la obediencia, la modestia, la represión sexual y la virginidad.

Dentro de estos dos sectores poblacionales, la situación ha traído conflictos familiares. Las familias de jóvenes suelen solicitar apoyo de los padres (los cuales debido a las políticas sociales del estado interventor, cuentan con una casa y con una pensión) lo que genera que se vayan a vivir bajo el techo de los mismos padres, en este sentido, las redes familiares se fortalecen, pues se brindan apoyos mutuos en los siguientes aspectos:

- a) Maximización de los recursos y de la fuerza de trabajo
- b) Integración al trabajo de la mujer, los niños y los ancianos
- c) Prolongación de la jornada de trabajo para poder mantener el nivel de vida o para mantenerse en condiciones más o menos convenientes que posibiliten cubrir lo necesario.

Cuando familias nucleares viven con los padres, generalmente el jefe de familia, suele presentarse en dos situaciones:

1. - Qué la familia nuclear que llega mantiene cierta autonomía de decisiones y de gastos individuales, compartiendo los gastos colectivos (apoyos mutuos).

2. -Se puede producir una pérdida de autonomía de la familia nuclear, la cual se reorganiza alrededor de la jerarquía paterna o materna.

Esta última situación provoca muchos conflictos entre parientes sobre todo entre padres e hijos (éstos últimos ven disminuida su autoridad ante su propia familia, sobre todo cuando llegan ha estar desempleados y sin dinero) y entre hermanos.

La mujer se incorpora al trabajo asalariado, ya que es más fácil para ella encontrarlo, y el hombre que tiene menos posibilidades de ser contratado, suele quedarse en casa sin asumir las tareas domésticas, pues su educación se lo impide con ello generalmente se hunde en la autocompasión la frustración y la depresión. Muchos terminan en el alcoholismo; la estancia del padre en casa, significa derrota, impotencia y fracaso.

Ante esta situación se agudizan los conflictos, ya que se presentan reclamos por parte de la mujer y los hijos hacia el padre, con ello se generan el enojo y la falta de respeto por ello la mujer asume la organización doméstica y la responsabilidad económica de la familia.

Las actividades a las que se dedican muchas familias es la venta de comida preparada, fruta, golosinas, ropa, juguetes, etcétera, así como prestar servicios domésticos y de apoyo en oficinas. Los niños y jóvenes en particular se dedican a limpiar parabrisas de coches, lavar coches, vender golosinas, realizar actividades de circo, cuidar a los hermanos menores, colaborar en las tareas domésticas y ayudan en la realización de servicios a terceras personas para obtener algo más de dinero.

Los ancianos reciben a sus hijos en sus casas, cuidan a los nietos, venden golosinas y frutas, auxilian en las actividades domésticas, a veces se quedan sin autoridad y, se preocupan por enfermarse, ya que no quieren ser una carga para los hijos.

1.1.6. La Familia en los 90s

Se presenta una desintegración de la familia extensa, a pesar de que varias familias nucleares vivan bajo el mismo techo (padres y varios hijos con sus propias familias), pero ya no se apoyan económicamente por que no les alcanza. La ayuda que los padres brindaban a los hijos (y sus familias) disminuyen significativamente y los hijos reclaman su apoyo. El apoyo entre hermanos también está desapareciendo. Esta situación hace que se presenten fuertes conflictos de manera permanente. Además ya no hay posibilidades de trabajo para los familiares vía recomendaciones. Los niños y los jóvenes dejan de asistir a las escuelas y se convierten también en proveedores y medios de apoyo a personas que a su vez apoyan a la familia en casos de urgencia vecinos y parientes. Las redes familiares se están debilitando, así como la solidaridad entre ellos.

La situación que está viviendo las familias propicia problemas de identidad de los individuos, debido a que los sujetos se van quedando aislados, esto aunado a la pérdida material, suele provocar una pérdida social: se presentan problemas de pérdida de valores tradicionales que cohesionaban a las familias. Además, van cobrando importancia otros tipos de redes como las pandillas, las cuales se van convirtiendo en los grupos de referencia de los jóvenes, ya que van "trabajando" por la sobré vivencia diaria.

Por otro lado, la salud se ve afectada seriamente, pues las tensiones han aumentado y se ha modificado la dieta diaria: se ha disminuido el consumo de carne, fruta, pan y refresco y la base de la alimentación está centrada en las tortillas y las pastas (sopa). Además, cada vez son menos las familias que cuentan con los servicios de salud institucionales (IMSS, PEMEX, ISSSTE, etc.), pues han perdido sus empleos, por lo que tienen que acudir a los servicios que brinda la Secretaría de Salud o a los dispensarios. Estas últimas instituciones se encuentran naturalmente saturadas, por otro lado algunas personas que no suelen o no pueden acudir a estas instituciones recurren a remedios caseros, los cuales no siempre son adecuados.

De esta forma se están rescatando algunas prácticas y hábitos antiguos como: remendar ropa, reparar el calzado y realizar actividades de albañilería, plomería y electricidad necesarias para el hogar, las cuales requieren mayor tiempo y esfuerzo porque no se tiene la práctica ni las herramientas para ello, así como espacio para la realización de las mismas.

Con respecto a las expectativas tanto personales como familiares, éstas se han ido cancelando poco a poco. La situación actual ha llevado a la imposibilidad de mejorar, pues la escolaridad ha perdido sentido, ahora queda claro que el futuro no puede fincarse en la estabilidad laboral, la responsabilidad del individuo y el esfuerzo personal y /o familiar como años atrás. Hoy se trata de resolver los problemas de subsistencia de manera inmediata: aceptar el empleo mejor pagado, porque da dinero, pero ésta situación va creando una frustración e impotencia que va en incremento, afectando la salud mental y emocional (malos estados de ánimo, poca motivación e insatisfacción personal en general).

En cuanto a la estructura, la familia mexicana debe ser considerada como una organización compleja, aunque los elementos centrales que la componen (padre, madre, hijo), puedan ser considerados los fundamentales la familia no se limitaría a esta tríada. Si bien cada vez se hace más lugar a la existencia de la familia nuclear, la noción de familia extensa, compuesta y compleja es todavía vigente.

1.1.7 Clasificación Familiar:

- A) Familia Nuclear: Formada por un núcleo familiar, comprende los matrimonios sin hijos, los matrimonios con hijos solteros, padres solos con hijos solteros y madres solas con hijos solteros.

- B) Familia Extensa: Integrados por un hogar nuclear y una o más personas emparentadas con el jefe: Los parientes pueden ser hijos casados o cualquier otra persona en la línea de parentesco vertical o colateral, ya sea que formen otro núcleo familiar o no lo hagan. En esta categoría se incluyen también los hogares formados por un jefe y uno o más parientes.

- C) Familia Compuesta: Formado por un hogar nuclear o extenso al que se agregan una o más personas no emparentadas con el jefe, ya sea que formen o no otro núcleo familiar. Es aquella compuesta por padre, madre, hijos parientes consanguíneos y alguna otra persona sin parentesco consanguíneo (compadres o amigos)

- D) Familia Monoparental: Se componen de una persona que vive sola sin parientes o no parientes, compuesta por padre e hijo ó con la madre en situación de soltería, viudal o divorcio.

- E) Familia Corresidente: Comprende los hogares formados por dos o más personas que no están emparentadas entre sí.

En México, la familia cumple funciones en estos tres niveles. Las primeras pueden ser llamadas funciones de nivel práctico como las de protección ayuda, seguridad, marco básico para la subsistencia y la asistencia al individuo. Es notable todo lo que aparece en los estudios sobre la función "protectora" de la familia.

El segundo nivel es catalogado como nivel simbólico, se refiere a la familia como encuadramiento o marco de referencia y de expresión del grupo. Mucho más de lo que corrientemente puede considerarse, la influencia de la familia es determinante en este aspecto. En el caso ejemplo el papel importante que juega la condición familiar para las definiciones de las alianzas matrimoniales.

El tercer nivel es aquél que se refiere a los fines reproductivos. La familia constituye, dentro de la cultura y de las concepciones de la sociedad mexicana, el marco legitimador socialmente aceptado para la conducta reproductiva. Esto no quiere decir que sólo en el

interior de la familia se tengan realmente tales conductas. La aprobación social tiene en la actualidad un impacto notable en los diferentes medios sociales.

1.1.8. Necesidades Humanas de Pertenencia a la Familia

1. Necesidades de relación- vinculación;
2. Necesidades de aceptación-pertenencia
3. Necesidades de identidad-individuación
4. Necesidades de marco de referencia o devoción-sistema de valores, y
5. Necesidades de significado-trascendencia.

1.1.9. Necesidades Psicosociales

- 1) Responder a las necesidades básicas de subsistencia biológica: alimentación, cuidado y protección física, techo y abrigo.
- 2) Constituir la matriz primaria de las relaciones afectivas interpersonales fundamentales para el desarrollo de la autoestima, seguridad y confianza básicas promoviendo el proceso de vinculación y socialización de sus miembros.
- 3) Ser un factor determinante para el desarrollo de la identidad individual ligada a la identidad familiar de grupo, respetando el proceso de individualización de todos y cada uno mide a sus integrantes.
- 4) Brindar los primeros modelos masculinos y femeninos significativos para la identificación psicosexual.
- 5) Iniciar a los hijos en el entrenamiento de diferentes roles sociales, idealmente adecuados al contexto en que se vive, mediante la responsabilidad, el ejercicio de razón y la consiguiente autoridad.
- 6) Estimular el proceso de aprendizaje y el desarrollo de la creatividad, no sólo en los hijos, sino de ser posible, también en los adultos.
- 7) Trasmitir a las nuevas generaciones valores, ideología y cultura, en ese sentido la familia se constituye en puente de la herencia social.

La vida familiar ligada al espacio urbano, se ve afectada por las exigencias de afrontar las condiciones concretas de supervivencia en las ciudades. Esto produce un impacto en

la valoración tanto simbólica como práctica, de la extensión de la familia. Siendo la familia el cuadro fundamental en que se desenvuelven las actividades de las personas, puede ser también considerada como unidad de análisis en donde se pueden discernir las influencias que produce el medio ambiente sobre ella, en su conjunto, y sobre cada uno de los individuos, en particular. Por esto, la finalidad de una familia extensa, la mayor o menor cantidad de hijos o de componentes, está en función de la practicidad y de los resultados concretos de esa extensión, y todo dentro del marco de la estructura social o pertenencia al grupo social.

1.1.10. Estado Interventor Corporativo (1940-1988)

En este período se consolida el Estado interventor corporativo, el cual va de la década de los cuarentas hasta 1988. En México no hubo propiamente un Estado de bienestar, aunque fue un Estado Interventor, es decir, que tenía ingerencia directa en la economía del país. Las ideas de la época en torno a las políticas se sustentaban en una política social basada en la intervención del Estado en la provisión de bienes y servicios básicos para la población; principalmente en el renglón de la salud, educación y seguridad social.

Por lo anterior se hace necesario formular programas de bienestar:

- ❖ Se crearon complejas estructuras institucionales
- ❖ Se da un marcado incremento de la burocracia central con sus normas y procedimientos.
- ❖ Se crearon mecanismos de representación corporativa.

Con Ávila Camacho (1940-1946) se afianzó el "Estado interventor corporativo", que perduró intacto hasta los ochentas.

Con Miguel Alemán (1946-1952) se da la fase de afianzamiento del conservadurismo lo fundamental es que se instala un orden político que otorga estabilidad y consenso a los proyectos de desarrollo económico basados en la industrialización la cual adquiere centralidad en el conjunto de la economía, y en el impulso al desarrollo agropecuario, sobre todo mediante la realización de importantes obras de infraestructura.

La política social se sustenta en la creación de un gran aparato institucional, el cual genera una importante cantidad de empleos asalariados y estables para atender las demandas de educación, salud y en menor medida, vivienda y servicios urbanos.

Los mecanismos a partir de los cuales la población mexicana se integra socialmente son predominantemente políticos por medio de estos se reforzó la estructura de representación corporativa que prevalece hasta el año 2000 casi intacta.

Se creó un amplio aparato institucional de seguridad social. En 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en 1960 el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Ambas institucionales fueron parte de la lógica político-ideológica para fortalecer al partido gobernante, pero atendieron demandas sociales importantes de una gran población de trabajadores urbanos.

En cuanto a la Vivienda de interés social, se trata de acciones fragmentadas en un conjunto muy amplio de instituciones gubernamentales. A partir de los años setenta la vivienda de interés social para los trabajadores asalariados pasó a formar parte del sistema corporativo como un elemento para su fortalecimiento, mediante la creación de fondos habitacionales.

1.2. Formas de Apoyo a las Familias

De manera muy breve, se hará un análisis histórico, el cual consistirá en cinco etapas de la historia de México en donde se tratará de ver las condiciones que eran realizadas a favor de las familias de escasos recursos de acuerdo a cada época.

Es importante recordar que las acciones sociales se concebían como: aquellas tareas que están encaminadas a contribuir a la solución de problemas específicos de los sectores pobres o no existían como acciones por parte del estado, sino que existían gracias a las acciones individuales. La idea de este recorrido histórico es dar cuenta de las diferentes ideas y acciones concretas que se han tenido sobre las políticas de apoyo a las familias, así de cómo éstas han cambiado en función del tipo de política general que ha tenido el estado conjuntamente con las condiciones económicas y socioculturales, las cuales repercuten en la forma de vida de la población del país.

La historia siempre ayuda a visualizar y comprender de mejor manera el presente, las épocas que se revisarán serán las siguientes:

- A) – Meso América
- B) - Época Colonial
- C) - República restaurada y Porfiriato
- D) - Revolución a la década de los cuarentas
- E) - Estado Interventor

F) - Apoyo a las Familias en el siglo XX

A) - Meso América

No se puede afirmar que en Meso América existieran sistemas bien definidos de Seguridad Social, sin embargo, si hubo avances importantes a la llegada de los conquistadores españoles al valle de ANASAC, tres pueblos dominaban la mayor parte del territorio mexicano, según su importancia militar son: el Mexica llamado Azteca, el Tepanecay, el Alcolhua o Texcocano, los cuales ya tenían algunas formas de Seguridad Social, incipiente en unos casos, y "muy avanzada" en otros.

Como ejemplo tenemos en el Valle de Anáhuac a Moctezuma Xocoyotzin, quien, como gobernante consideró deber del "Estado" el cuidar a los ancianos impedidos, mandando construirles en Culhuacán un hospital y un hospicio, donde ordenó "que allí les sirviesen y regalasen como a gente estimada y digna de todo servicio", que no serían pequeños gastos, por igual motivo humanitario, y nunca por diversión como lo juzgaron los cronistas españoles. (Clavijero). Asimismo, de las afueras de cada uno de los grandes palacios mandaba recoger a todos los contrahechos, locos y enfermos incapaces de servir al "ESTADO" para que fueran atendidos cada uno por separado.

Por otra parte entre los antiguos mexicas se generaron y practicaron principios de Seguridad Social tales como la acción colectiva a favor del calpulli, de donde surgieron modelos para las comunidades indígenas y la incipiente solidaridad de *pillis*, *macehuales*, *tamemes* y *pochtecas*, a quienes unía la misma pena, el mismo dolor.

En lo que respecta al campo específico de la medicina y de la asistencia, podemos señalar que siendo el pueblo mexica un pueblo guerrero, tuvieron buen cuidado de llevar a cabo prácticas de medicina, cirugía y hospitalización, de acuerdo con sus necesidades para atender la salud de ellos guerreros enfermos o heridos.

Según el Códice Magliabechiano del Museo Nacional de Antropología e Historia de México, se registran "chozas primitivas las cuales utilizaban de hospitales militares en donde se aplicaban bizmas y cataplasmas, dando a beber infusiones, cocimientos y sometiendo las heridas infectadas a diversos procedimientos, como el aceite hirviendo"; por parte de los Tlamatepatocitl (Curanderos) y los Toxotlaticit (Cirujanos) los cuales acompañaban al ejército, aún cuando había los que se dedicaban a ejercer por separado la medicina.

El gobierno mexica era administrado por un considerable aparato "burocrático" de funcionarios públicos, salidos de la nobleza y de los descendientes masculinos de los centenares de concubinas del emperador. Los jóvenes de la realeza y de la nobleza, cuando estaban destinados, a ejercer cargos públicos recibían una educación especial. Se tomaban extremos cuidados para asegurarse de que los funcionarios públicos estuvieran física y psicológicamente en óptimas condiciones, de modo que cumplieran sus obligaciones con la mayor eficiencia y atención.

Por otro lado, los emperadores mexicas habían establecido una red de "hospitales para veteranos de guerra" que se extendía estratégicamente por todo el imperio, con plantales de médicos y cirujanos pagados por el gobierno. Estos hospitales se establecieron no solamente para atender a los soldados heridos en las continuas guerras emprendidas por ellos, sino también para asilar permanentemente a los veteranos incapacitados y a los retirados de sus actividades por edad avanzada, estos hospitales militares estaban ubicados en las principales ciudades del imperio. Tenochtitlán, Texcoco, Cholula y Culhuacán. En estos hospitales se aceptaba a los civiles que allí quisieran tratarse, aunque la mayor parte de los civiles enfermos recibían cuidados en sus propias casas, atendidos por médicos y especialistas que ejercían privadamente su oficio. Por lo anterior, es probable que los civiles que recibían tratamiento en los hospitales públicos fueran en su mayoría, indigentes.

Los mexicas también contaban con un departamento de asistencia pública para distribuir alimentos entre los necesitados de todo el imperio, gracias a lo cual no había necesidad de mendigar, por lo que la mendicidad se redujo al mínimo. Como se ve, los mexicas conferían a sus médicos un rol decisivo en el mantenimiento de la eficiencia gubernamental. Finalmente debe destacarse que el gobierno mexica funcionaba verdaderamente como un "Estado" de beneficios sociales a favor de sus ciudadanos más pobres y de sus incapacitados veteranos de guerra.

B) - Época Colonial

La época se caracterizó por una extrema pobreza en la mayoría de la población, específicamente la población originaria de México, así como aquella que fue traída como esclava por los españoles. Tanto los esclavos (gran variedad de negros africanos de diferentes grupos) como indígenas, eran explotados en el trabajo de los campos, en las minas, y en labores domésticas de las grandes casas de los ricos españoles.

Es importante mencionar que la primera política social que se dio en México comenzó en la época Colonial, la cual era básicamente de tipo asistencialista, sin embargo las acciones emprendidas no fueron realizadas por el gobierno de la época (virreinato), sino por algunos religiosos de diferentes órdenes y de individuos particulares, los cuales estaban interesados en ayudar a las familias debido primero a los malos tratos que recibían por parte de los colonizadores y conquistadores.

Los apoyos a las familias eran por contar con escasos recursos o por haber perdido sus fortunas, niños (huérfanos y abandonados), mujeres; viudas, abandonadas, madres solteras y ancianos sobre todo enfermos que ya no podían trabajar. La mayoría de esta gente era o de algún grupo indígena, negros, españoles primero, y después fueron criollos, mestizos de alguna casta y españolas. La población indígena, la cual fue, por un lado, marginada y, por otro, resguardados entre ellos mismos, se cerraron y se apoyaban de manera comunitaria; compartían su suerte y su miseria. Ellos vivían en zonas rurales y, algunos sobre todo los mestizos, fueron los que trabajaban con los españoles primero y, con los criollos y españoles después, sufrieron toda suerte de malos tratos, enfermedades, vejaciones y deshechos cuando ya no servían para la realización de las tareas asignadas.

C) - República Restaurada y Porfiriato (1867-1911)

Durante este período se estructuró el sistema político en el que el gobierno nacional (el poder ejecutivo) se fortaleció y ejerció una serie de acciones en varios campos, sobre todo el legal y el económico. En estas dos épocas imperó una concepción de que el estado debería tener una política abstencionista, por lo que no se tiene una política general para combatir los problemas sociales más agudos.

República Restaurada (1867-1876); Benito Juárez adoptó una doctrina liberal, por lo cual se sostuvo un liberalismo más acentuado y militante, las dificultades se dieron en gran parte por la herencia de graves problemas sociales de la Colonia, los cuales se agravaron por los conflictos bélicos y la escasez de recursos económicos.

D) - Porfiriato (1876-1911)

Se tenía la misma legislación que en la República Restaurada, pero no se aplicaba. La doctrina liberal tuvo una visión más pragmática. Los principios liberales estuvieron presentes en la sociedad marcando un tono individualista, particularmente en lo que se refiere a los males sociales, ya que se condenó la beneficencia y la caridad en la medida en que atentaba contra los individuos. Se difundió la idea de que el estado no debería participar en resolver los problemas de las mayorías, ni participar activamente para resolverlos. Se pensaba que el estado debería limitarse a crear condiciones adecuadas para el desarrollo de las acciones privadas y, éstas deberían aportar soluciones a los problemas sociales.

E) - De la Revolución Mexicana a la Década de los Cuarenta

La política que se fue gestando resultó en una ruptura importante con el pasado, ya que se conformó una concepción definida por algunos como "Liberación Social". Se presentaron cambios significativos en la concepción por prácticas del Estado debido a la Constitución de 1917. Así en la década de los veinte, se trabajó por proporcionar al Estado instrumentos importantes para participar en la economía y en la sociedad, con ello se convirtió el estado en un agente cada vez más activo en cuanto a las medidas que beneficiarán a la colectividad.

En la época de Carranza se creó el Consejo Superior de Salubridad con autonomía y dependencia directa de la presidencia, además se creó el Departamento de Salubridad. A pesar del interés por mejorar a la población, los problemas económicos imposibilitaron la política social efectiva, ya que además se tenían viejos rezagos, nuevas necesidades y reclamos de la revolución.

Con Obregón en 1921 se dieron los primeros indicios de política sobre vivienda: Obregón solicitó al Congreso de la Unión 10 millones de pesos para la construcción de casas para obreros y clases medias. Se exentó en 1921 y 1922 del pago de contribuciones e impuestos; predial, agua y pavimentos a las construcciones habitacionales para clases medias y pobres y a las casas de alquiler de Veracruz y Ciudad de México, esto último gracias a la intervención del primer movimiento inquilinario que existió.

En 1924 se organizó la beneficencia pública en el Distrito Federal, con recursos de la Lotería Nacional, con el objeto de aminorar los efectos de la miseria en la Ciudad de

México. En 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles, con el propósito de otorgar créditos habitacionales a los trabajadores del Estado. En 1926 se crea un nuevo código Sanitario, el cual permitió extender a todo el país las acciones de las autoridades sanitarias federales y unificar las técnicas y procedimientos.

Lo anterior trajo como consecuencia que aumentara la población gracias al aumento de la natalidad, pues había paz, los migrantes retornaron a sus lugares de origen y mejoraron las condiciones de vida (se incrementaron los bienes y servicios). A pesar de esto, abundaba la mendicidad y había todavía muchos problemas en las condiciones de salubridad e higiene, entre muchos otros.

Para 1933 se creó la Dirección de Ingeniería Sanitaria y el Banco Nacional Hipotecario Urbano de Obras y Servicios Públicos, en el marco de una acción urbana institucional (se ubica el problema habitacional en la esfera de la salubridad)

Durante el Gobierno de Lic. Lázaro Cárdenas (1934-1940) se presentan muchas medidas sociales y agrarias. Se crean toda una serie de instituciones, las cuales desarrollaron una política muy activa.

En 1934 se creó la Secretaría de Salud y Asistencia Pública. En 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública por fusión de la beneficencia pública y privada del Distrito Federal y del Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil. Se dio una extensión de redes de agua potable y alcantarillado, se extendieron las medidas preventivas de salud y los antibióticos, así como las mejoras de saneamiento y de asistencia social, además de crearse la Oficina de Cooperación del Distrito Federal. Por otro lado, se registró una gran cantidad de organizaciones de colonos y se institucionalizó la participación de los trabajadores y colonos.

Entre 1920 y 1940 se construyeron 9,600 viviendas de interés social, las principales acciones se orientaron a los propios trabajadores, quienes desarrollaron interesantes experiencias mediante la constitución de cooperativas de vivienda popular.

F) - Estado Interventor Corporativo (1940-1988)

En este período se consolida el estado interventor corporativo, el cual va de la década de los cuarentas hasta 1988. En México no hubo propiamente un estado de bienestar, aunque fue un estado interventor, es decir, que tenía ingerencia directa en la economía del país. Las ideas de la época en torno a las políticas se enmarcaron en

sustentar una política social basada en la intervención del estado en la provisión de bienes y servicios básicos para la población: principalmente en el renglón de la salud, educación y seguridad social. Por lo anterior se formularon diversos programas de bienestar:

- ❖ Se crearon complejas estructuras institucionales
- ❖ Se incrementa la burocracia central con normas y procedimientos.
- ❖ Se crearon mecanismos de representación corporativa

Con Ávila Camacho (1940-1946) se afianzó el “Estado interventor corporativo”, que perduró intacto hasta los ochenta.

Con Miguel Alemán (1946-1952) se da fase de afianzamiento del conservadurismo y, lo fundamental es que se instala un orden político que otorga estabilidad y consenso a los proyectos de desarrollo económico basados en la industrialización la cual adquiere centralidad en el conjunto de la economía, y en el impulso al desarrollo agropecuario, sobre todo mediante la realización de importantes obras de infraestructura.

La política social se sustenta en la creación de un gran aparato institucional, el cual genera una importante cantidad de empleos asalariados y estables para atender las demandas de educación, salud y, en menor medida, vivienda y servicios urbanos. Los mecanismos a partir de los cuales la población mexicana se integra socialmente son predominantemente políticos por medio de estos, se reforzó la estructura de representación corporativa que prevalece hasta el año 2000 casi intacta.

Se creó un amplio aparato institucional de seguridad social que aún prevalece esto es, en 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en 1960 el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Ambas institucionales fueron parte de la lógica político-ideológica para fortalecer al partido gobernante, pero atendieron demandas sociales importantes de una gran población de trabajadores urbanos.

En cuanto a la Vivienda de interés social, se trata de acciones fragmentadas en un conjunto muy amplio de instituciones gubernamentales. A partir de los años setenta la vivienda de interés social para los trabajadores asalariados pasó a formar parte del

sistema corporativo como un elemento para su fortalecimiento, mediante la creación de fondos habitacionales.

G) – Apoyo a las Familias en el Siglo XX

Resumiendo en este análisis que el eje de los apoyos que se proporcionaban tenían que ver con la suerte de la familia, ya que muchas de ellas habían sufrido muerte de algunos de sus miembros, quedando otros en condiciones muy vulnerables y, por ello necesitando apoyos externos.

De ahí la importancia que ha tenido la familia a lo largo de la historia de México ya que está era fundamental tanto para la reproducción de los seres humanos como para la sobre vivencia de los mismos. En el caso de los niños de sectores de medianos y bajos recursos, éstos contribuían desde temprana edad en las labores del campo como de la casa, esto mismo sucedía con las personas de edad avanzada, con respecto a la mujer, ésta era la encargada de las labores domésticas, así como de toda una serie de actividades que podía realizar cercanas al hogar (siembre de hortalizas, cuidado de animales domésticos, tejido, costura, etc.,) muy importantes para complementar la economía familiar por esto las actividades de las mujeres como de niños y ancianos hacía posible la sobre vivencia del grupo familiar.

La vida sola (por viudez, soltería, o abandono) en las mujeres muchas veces las llevaba a la beneficencia, pues o se veía la forma de algún trabajo (básicamente en el comercio) o se realizaban las tareas domésticas. Así que la familia no se constituía sobre la base de una relación de igualdad en ningún terreno, ni de amor, cariño o afecto alguno, sino que se basaba en las necesidades básicas.

1.3. Marco Legal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece una serie de reglas de comportamiento político para los gobernados como para sus gobernantes, a través de una concepción ética de la existencia y, por tanto, el aseguramiento de los derechos intrínsecos del hombre.

Art.4. El varón y la mujer son iguales ante la Ley. La cual busca proteger la organización y el desarrollo de la familia.

- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
- Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa.
- Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

En relación al tercer párrafo, en el cual se consagro como norma constitucional el derecho a la protección de la salud se busca; 1º. Lograr el bienestar físico y mental del mexicano, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas; 2do Prolongar y mejorar la calidad de vida en todos nuestros sectores sociales, sobre todo los más desprotegidos, a quienes es preciso otorgar los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo armónico de la sociedad; 3º. Crear y extender, en lo posible, toda clase de actitudes solidarias y responsables de la población, tanto en la preservación y conservación de la salud, como en el mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr para el mexicano una existencia decorosa; 4º. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de nuestra población; 5º. Impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el adecuado aprovechamiento y empleo de los servicios de salud; y 6º. Desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Con base en estas finalidades ha sido elaborado un ambicioso programa de salud que busca proporcionar tales servicios a toda la población, en permanente superación y mejoría de su calidad. Se pretende asimismo contribuir al desarrollo del país y al bienestar colectivo; y en el cual se ha puesto especial énfasis respecto al cuidado de menores en estado abandono, en la atención a los ancianos desamparados y en la rehabilitación de los minusválidos a quienes se proporcionan ya los medios necesarios para su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y lo social. El impulso al desarrollo de la familia fue entre otros razonamientos expuestos, el que llevó al Ejecutivo Federal a proponer la edición de todas estas medidas, con el objetivo final de mejorar las condiciones sanitarias del ambiente e impulsar la administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

Bajo el título de Sistema Nacional de Salud se ha constituido un organismo del que forman parte varias dependencias y entidades de la administración pública, federal y local al igual que un selecto grupo de personas físicas y morales de los sectores social y privado, algunos de ellos ligados desde hace algún tiempo con los servicios de salud, para atender el programa en cuestión. De esta manera los propósitos constitucionales habrán de encontrar plena realización en el corto y mediano plazo; a saber: a) proporcionando servicios de salud a toda la población, con atención prioritaria de los problemas sanitarios y de las situaciones que puedan causar o causen algún daño a la salud; b) contribuir al desarrollo demográfico y armónico del país; c) colaborar al bienestar social mediante servicios adicionales de asistencia pública; d) impulsar métodos racionales de administración y empleo de los recursos humanos para mejorar la salud; e) impulsar actividades científicas y tecnológicas en materia de salud, tanto en universidades y centros de educación superior, como en centros hospitalarios o clínicas destinadas a la atención de la población menos protegida; f) coordinar a todas las instituciones de salud y educativas en la formación y capacitación de los recursos humanos para la salud; y g) distribuir del modo más conveniente dichos recursos humanos.

La planeación, regulación, organización y funcionamiento del sistema se rige por la Ley General de Salud, promulgada el 7 de febrero del 1984, así como por disposiciones reglamentarias y accesorias cuyo cumplimiento corresponde actualmente a la Secretaría de Salud que ha sustituido en las funciones administrativas correspondientes a la antigua Secretaría de Salud y Asistencia. Por ello ahora es la encargada de conducir las políticas necesarias para el contenido de la norma constitucional que se examina y establecer nuevas estrategias en este campo de la actividad administrativa, a la cual se ha facultado para introducir los cambios necesarios a efecto de que todas las instituciones que prestan servicios de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas Mexicanas; Dirección Integral de la Familia; Servicios Médicos del Distrito Federal; Servicios Coordinados en cada Entidad de la República, etcétera) cumplan con las obligaciones legales y adapten sus sistemas operativos en todas sus fases y proyecciones, al programa nacional de salud. (37)

1.4. Ley General de Salud

Art. 1º. Establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Art. 2do. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;**
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;**
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;**
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;**
- V. El disfrute de servicios y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;**
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y**
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.**

Art. 6º El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;**
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;**
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;**
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;**

Art. 23. Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigida a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad.

Art. 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica
- II. De salud pública
- III. De asistencia social.

Art. 25. Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente los grupos vulnerables.

Art. 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a;

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias;
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La prevención y el control de las enfermedades buco-dentales;
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- X. La asistencia social a los grupos vulnerables.

1.5. Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (*)

Art. 1º. La presente ley regirá en toda la República sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un sistema

nacional de asistencia social que promueva la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado.

Art. 2do. El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia entendida ésta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo y también a apoyar, en su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos.

Art. 3º. Para los efectos de esta ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Art. 4º. En los términos del artículo anterior son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes:

- I. Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato;
- II. Menores infractores;
- III. Alcohólicos, fármaco dependientes o individuos en condiciones de vagancia;
- IV. Mujeres en período de gestación o lactancia;
- V. Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;
- VI. Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema negro-músculo esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias;
- VII. Indigentes;
- VIII. Personas que por extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;
- IX. Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono;
- X.

(*) Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 9 de enero de 1986

- X. Familiares que dependen económicamente de quienes de encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono;
- XI. Habitantes del medio rural o del urbano marginado que carezca de lo indispensable para su subsistencia, y
- XII. Personas afectadas por desastres.

Art. 5to. La prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud que sean de jurisdicción federal, se realizará por las dependencias del ejecutivo federal competentes cada una según la esfera de sus atribuciones, así como por las entidades de la administración pública federal y por las instituciones que tengan entre sus objetivos la prestación de esos servicios de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas.

Art. 6º. De acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud corresponde a los gobiernos de las entidades federativas en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdiccionales territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas técnicas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

Art. 9º. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud en materia de asistencia social contribuirán al logro de los siguientes objetivos:

- I. Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios preferentemente en las regiones menos desarrolladas y a los grupos más vulnerables.
- II. Definir criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización, de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura, y
- III. Establecer y llevar a cabo conjuntamente programas interinstitucionales que aseguren la atención integral de los grupos sociales vulnerables.

Art. 12. Para los efectos de este ordenamiento, se entienden como servicios básicos de salud en materia de asistencia social, los siguientes:

- I. Los señalados en el artículo 168 de la Ley General de Salud;

- II. La prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos;
- III. La orientación nutricional y la alimentación complementaria a personas de escasos recursos y a población de zonas marginadas;
- IV. La promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración familiar;
- V. El desarrollo comunitario en localidades y zonas sociales y económicamente marginadas;
- VI. La promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;
- VII. El establecimiento y manejo del sistema nacional de información básica en materia de asistencia social;
- VIII. La colaboración y auxilio a las autoridades laborales competentes en la vigilancia y aplicación de la legislación laboral aplicable a los menores;
- IX. El fomento de acciones de paternidad responsable que propicien la preservación de los derechos de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, y
- X. Los análogos y contextos a los anteriores que tiendan a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral.

1.6. Código Civil para el Distrito Federal

Art. 1º. Las disposiciones de este código regirán en el Distrito Federal

Art. 2º. La capacidad jurídica es igual para el hombre y la mujer. A ninguna persona por razón de edad, sexo, embarazo, estado civil, raza, idioma, religión, ideología, orientación sexual, color de piel, nacionalidad, origen o posición social, trabajo o profesión, posición económica, carácter físico discapacidad o estado de salud, se le podrá negar un servicio o prestación a la que tenga derecho, ni restringir el ejercicio de sus derechos cualquiera que sea la naturaleza de estos.

Art. 293. El parentesco por consanguinidad es el vínculo entre personas que descienden de un tronco común.

Art. 301. La obligación de dar alimentos es recíproca. El que los da tiene a su vez el derecho de pedirlos.

Art. 304. Los hijos están obligados a dar alimentos a los padres. A falta o por imposibilidad de los hijos, lo están los descendientes más próximos en grado.

Art. 308. Los alimentos comprenden:

- I. La comida, el vestido la alimentación, la atención médica, la hospitalaria y en su caso, los gastos de embarazo y parto;
- II. Respecto de los menores, además los gastos para su educación y, para proporcionarles oficio, arte o profesión adecuados a sus circunstancias personales;
- III. Con relación a las personas con algún tipo de discapacidad o declarados en estado de interdicción, lo necesario para lograr, en lo posible, su habilitación o rehabilitación y su desarrollo; y
- IV. Por lo que hace a los adultos mayores que carezcan de capacidad económica además de todo lo necesario para su atención geriátrica, se procurará que los alimentos se les proporcionen integrándolos a la familia.

Art. 323-Ter. Los integrantes de la familia tienen derecho a desarrollarse en un ambiente de respeto a su integridad física y psíquica, y obligación de evitar conductas que generen violencia familiar.

Art. 323-Quáter. Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave que se ejerce contra algún miembro de la familia por otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente del lugar en que se lleve a cabo y que pueda producir o no lesiones.

1.7. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Art. 1º. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios

deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y

III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Art. 2º. La aplicación y seguimiento de esta Ley corresponde a:

- I. El Ejecutivo Federal a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción.
- II. La familia de las personas adultas mayores vinculadas por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables;
- III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y
- IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Art. 3º. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

- I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en el tránsito en el territorio nacional;
- II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva;
- III. Entidades federativas. Los estados y el Distrito Federal que integran los Estados Unidos Mexicanos;
- IV. Ley. La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;
- V. Género. Conjunto de papeles, atribuciones y representaciones de hombres y mujeres en nuestra cultura que toman como base la diferencia sexual;
- VI. Geriátría. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores;
- VII. Gerontología: Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma;
- VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y

municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral;

- IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se consideran sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias;
- X. Calidad de servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales, y
- XI. Instituto. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Art. 4º. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

- I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;
- II. Participación. La inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;
- III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;
- IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y
- V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Art. 5º. De manera enunciativa esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- I. **De la integridad, dignidad y preferencia:**
 - a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
 - b. El disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
 - c. A una vida libre sin violencia.
 - d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
 - e. A la protección contra toda forma de explotación.
 - f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
 - g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y donde ejerzan libremente sus derechos.

- II. **De la salud, la alimentación y la familia:**
 - a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
 - b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4º. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
 - c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

- III. **De la Asistencia Social:**
 - a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

- b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

2. POLITICAS SOCIALES EN PREVENCIÓN Y APOYO A LA FAMILIA

“Se entiende por política social al conjunto de acciones institucionales orientadas a fines racionales relacionados con el bienestar de poblaciones vulnerables, con el crecimiento económico y la legitimidad política” (39)

La política social se considera como el conjunto explicito, ordenado y sistemático de formulaciones estratégicas definidas, articuladas dirigidas por el Estado y por actores sociales civiles y privados que buscan el logro de finalidades sociales, que se delimitan a partir de finalidades teórico- políticas entre las que podemos menciona las siguientes:

- Política Social vista como el conjunto de mecanismos estatales de acción y bienestar social que buscan disminuir y eliminar las diferencias socioeconómicas entre los grupos de una sociedad determinada a sí como enfrentar la desigualdad social con medidas redistributivas y de acceso a servicios sociales a través del empleo productivo convirtiendo al desempleado en trabajador asalariado y con la posibilidad de accesos servicios sociales: Salud, Educación, Vivienda, Alimentación, Seguridad Social, Cultura, Deporte y Recreación.
- Política Social vista como ayuda asistencial y paliativa, es decir como los mecanismos de acción social necesaria para paliar y atenuar los efectos sociales del desarrollo y para compensar mínimamente a los excluidos y marginados. Esto se traduce en programas asistenciales, promocionales, emergentes, de corto plazo y desarticulados, focalizados a sectores comprobadamente en situación de necesidad extrema.

2.1. Programa de Salud del Adulto y el Anciano 2001-2006

De lo anterior se implementa el programa de Salud del Adulto y el Anciano emanado del Gobierno Federal que rige las políticas de acción dirigidas a brindar atención médica a los adultos mayores se dirige principalmente a la dirección, atención y control de las Enfermedades Crónico-Degenerativas las cuales afectan en mayor medida la salud de los adultos mayores.(23)

2.2.1 Problemática Actual:

El documento describe el diagnóstico situacional del estado de salud que prevalece en el país con los adultos mayores el cual presenta los siguientes parámetros de medición en salud a través de:

- ❖ Mayor exposición ante los factores de riesgo e inadecuada percepción entre la población, del riesgo de padecer estas enfermedades.
- ❖ Insuficiencia de insumos
- ❖ Inadecuada adherencia al tratamiento
- ❖ Insuficiente capacitación del personal de salud
- ❖ Inadecuada cultura sobre y para la atención al envejecimiento

2.2.2. Líneas Estratégicas

Las acciones a seguir para la atención del adulto mayor se presentan a través de la línea de acción de trabajo para la atención de este grupo etéreo como sigue:

- ❖ Promoción de la salud, comunicación social y educativa
- ❖ Prevención secundaria de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno)
- ❖ Formación e integración de Grupos de Ayuda Mutua
- ❖ Desarrollo Humano y capacitación con aprendizaje significativo
- ❖ Evaluación e investigación
- ❖ Participar en el Sistema Nacional de Cartilla de Salud

2.2.3. Plan de Acción:

Como se llevaran a cabo las acciones de salud en este grupo etáreo:

- ❖ Campaña de comunicación
- ❖ Programa sectorial en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial
- ❖ Aplicar la estrategia de detección integrada para incrementar la cobertura, así como los grupos de ayuda mutua

- ❖ Implementar una Unidad de Atención Integral del Riesgo Cardiovascular en cada Delegación Política con una duración de dos años.
- ❖ Contar con un CECAPs y COESAEN por estado
- ❖ Establecer en 2002 el uso de la “Cartilla Nacional de Salud del Varón y del Adulto Mayor”

2.2.4. Objetivos Específicos:

- ❖ Ampliar la detección de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial
- ❖ Desarrollar el plan para la Reducción de la Mortalidad por ECV, en el 100% de las unidades de consulta externa de la Secretaría de Salud
- ❖ Implementar nuevos abordajes para la prevención primaria de la Diabetes Mellitus y Obesidad
- ❖ Operar los programas educativos de los CECAP’s y de trabajo de los COESAEN en todas las entidades federativas
- ❖ Participar en el Sistema Nacional de Cartillas de Salud
- ❖ Implementar una Unidad de Atención Integral del Riesgo Cardiovascular, por Jurisdicción Sanitaria.

2.2. Papel de las Organizaciones Civiles en la Atención de los Adultos Mayores

Las organizaciones civiles son una parte organizada de la sociedad, las cuales se han encargado, entre otras cosas, de impulsar y realizar acciones de asistencia, promoción y desarrollo, así como acciones tendientes a salvaguardar o conseguir la democracia y/o la defensa de los derechos humanos.

A este respecto, cabe destacar que también existen, organizaciones promotoras de actividades que no necesariamente caben dentro de la conceptualización propuesta: los clubes del más diverso tipo, asociaciones de profesionistas, patronatos que impulsan la protección del patrimonio cultural, movimientos sociales, sindicatos, gremios, cooperativas, grupos de base, de presión o interés, entre otras.

La mayor parte de las organizaciones civiles son privadas, constituidas legalmente y, en la mayor parte de los casos, no persiguen fines de lucro al desarrollar sus actividades. Por esta situación generalmente han dependido del financiamiento externo. Por cuanto a su autonomía, ésta se constituye en uno de sus principales baluartes y realizan enormes esfuerzos por conservarla. Un considerable número de ellas tiene

vínculos con las iglesias o con la iniciativa privada, otras los tienen con algún partido político, universidad, sindicato, confederación etcétera; pocas veces están vinculadas al gobierno o a las instituciones externas de financiamiento pero no tanto por motivos económicos sino más bien por intereses políticos de influencia o poder, o por simples coincidencias ideológicas.

La mayor parte de las organizaciones civiles presentan, como característica principal de su independencia y autonomía, el no tener relación alguna con las dependencias oficiales.

Los antecedentes de estas organizaciones con atención a la población adulta mayor, han trabajado como instituciones de caridad o asistencia, desde el inicio de la Colonia, en esta época la atención de los ancianos menesterosos y discapacitados recayó fundamentalmente en la Iglesia Católica, a través de sus congregaciones religiosas. La finalidad de ambos casos se orientó básicamente hacia el manejo, cuidado y atención de los adultos mayores.

El peso de las instituciones civiles dedicadas a trabajar con ancianos no ha sido muy fuerte, en parte, por la presencia del estado, pero también por el hecho de que la atención hacia el anciano suele ser muy compleja. No obstante el lugar que ocupan en la sociedad mexicana ha sido significativo.

De acuerdo con diversos trabajos consultados, se sabe que la figura jurídica predominante en las instituciones que trabajan con ancianos corresponde a las asociaciones civiles y en segundo término a las Instituciones de asistencia privada. En lo que se refiere a sus objetivos se identifican dos tipos:

- A) Los que corresponden a la asistencia Inmediata, estos se básicamente con la realización de actividades de alojamiento, alimentación, vestido, asistencia médica, geriátrica, odontológica, rehabilitación, psicológica, recreativas, culturales y, en menor medida, ocupacionales.
- B) Los que se dirigen a la promoción del desarrollo humano, básicamente se relacionan con actividades educativas, promocionales, preventivas, organizativas y reivindicatorias de los derechos consagrados, en la legislación vigente.

Otras características de estas instituciones de atención, protección y albergue, es que estas dirigen preferentemente sus esfuerzos hacia ancianos discapacitados,

abandonados por los familiares, solos (es decir que no cuentan con familiares), de escasos recursos económicos, desahuciados (aunque éstos en mucha menor medida) y, eventualmente, indigentes.

Son un tipo de organizaciones que centran su trabajo sólo al interior de las casas, edificios o locales habilitados como asilos, casas de día y residencias, ofrecen atención gratuita, aunque también de acuerdo con el nivel socioeconómico del asistido; los cupos son limitados y de falta de contactos con las familias.

2.3. Política Social del Gobierno del Distrito Federal

Propósito:

Fomular y operar políticas, programas y acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, reducir la inequidad, alcanzar la justicia social y reconstruir el tejido social, con la participación corresponsable de la sociedad.

Estrategias:

- Promover una amplia participación ciudadana (prestadores de servicios, trabajadores, organizaciones sociales y usuarios) en la elaboración, aprobación, ejecución, evaluación y control de políticas y programas.
- Fortalecer y democratizar las instituciones públicas de desarrollo social y elevar la calidad de sus servicios.
- Adecuar la prestación, localización y naturaleza de los servicios a las demandas de la población, considerando su eficiente operación.
- Crear conciencias de servicio y trato equitativo entre los empleados del gobierno de la ciudad, así como respeto y promoción de la participación ciudadana.
- Las políticas y prioridades en materia social se han estructurado en siete sectores, privilegiando la superación de las inequidades que viven seis grupos de atención prioritaria. Así mismo se ha procurado la atención a seis grupos de alta vulnerabilidad.

Objetivos:

- Garantizar los derechos sociales de todos
- Asegurar la equidad en el acceso a los programas
- Promover una amplia participación ciudadana
- Fortalecer y democratizar las instituciones públicas de servicios
- Adecuar la localización de la infraestructura y la prestación de los servicios
- Crear conciencia ciudadana entre los servidores públicos del Gobierno del Distrito Federal

POLITICA SOCIAL DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL



2.4. Programa de Apoyo Alimentario y de Medicamentos para Adultos Mayores de 70 años y más que vivan en el Distrito Federal (Primera Fase) (24)

El Gobierno del Distrito Federal encabezado por el Lic. Manuel López Obrador inicia su gestión cumpliendo con los compromisos adquiridos durante su campaña para favorecer a la población de menores recursos.

Uno de sus compromisos es el de impulsar un programa de apoyo alimentario y medicamentos para los adultos mayores de 70 años y más que habitan la Ciudad de México, población estimada en 430,00 el cual inicia en marzo del 2001.

El programa está orientado a mejorar las deterioradas condiciones de vida de los Adultos Mayores. Cabe resaltar que para lograr un bienestar físico, mental y un retardo en el envejecimiento, así como una disminución de enfermedades agudas y crónicas y los aspectos nutricionales tienen relevancia para una mejora en la calidad de vida. La dieta adecuada retrasa la aparición de cambios fisiológicos y bioquímicos relacionados con el proceso de envejecimiento y previene enfermedades que pueden retrasar el proceso de discapacidad relacionado con ellas.

En lo operativo este programa proporciona un apoyo económico de \$600,00 pesos mensuales a los adultos mayores de 70 años y más, para compra de alimentos básicos que cubran los requerimientos nutricionales del adulto. La implementación de dicho programa represento un antecedente importante en el país, para instituir una pensión universal ciudadana, en donde el gobierno de la ciudad decide otorgar un apoyo económico directo así como cobertura médica dirigida a los adultos mayores de 70 años y más con residencia permanente en el Distrito Federal desde hace al menos tres años que viven en condiciones precarias o de pobreza, independientemente si tienen seguridad social o no. De esta manera, se dio cumplimiento a los artículos 2º, 5º, 10º y 12º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

Para abordar, en un primer momento se seleccionaron las unidades territoriales con un grado de marginación: muy alta, alta, posteriormente se incorporaron las unidades territoriales con un grado de marginación media, hasta llegar a todos los adultos mayores de 70 años y más que habitan en la Ciudad.

adecuada retrasa la aparición de cambios fisiológicos y bioquímicos relacionados con el proceso de envejecimiento y previene enfermedades que pueden retrasar el proceso de discapacidad relacionado con ellas.

En lo operativo este programa proporciona un apoyo económico de \$600,00 pesos mensuales a los adultos mayores de 70 años y más, para compra de alimentos básicos que cubran los requerimientos nutricionales del adulto. La implementación de dicho programa represento un antecedente importante en el país, para instituir una pensión universal ciudadana, en donde el gobierno de la ciudad decide otorgar un apoyo económico directo así como cobertura médica dirigida a los adultos mayores de 70 años y más con residencia permanente en el Distrito Federal desde hace al menos tres años que viven en condiciones precarias o de pobreza, independientemente si tienen seguridad social o no. De esta manera, se dio cumplimiento a los artículos 2º, 5º, 10º y 12º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

Para abordar, en un primer momento se seleccionaron las unidades territoriales con un grado de marginación: muy alta, alta, posteriormente se incorporaron las unidades territoriales con un grado de marginación media, hasta llegar a todos los adultos mayores de 70 años y más que habitan en la Ciudad.

Se definió al grupo de edad de 70 años y más, como la población objetivo post productiva, donde inicia una franca disminución de las capacidades y aumenta la dependencia de la familia y/o de instituciones asistenciales o de servicio.

No se puede soslayar que existen instituciones dedicadas total o parcialmente a la atención del adulto mayor como son: Instituto Nacional de Senectud, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, Secretaria de Desarrollo Social y Secretaría de Salud, las últimas del propio Gobierno del Distrito Federal y algunas otras Instituciones Educativas y de Servicio que han desarrollado programas dirigidos a este grupo de población. Por tal razón, se tendrá que hacer un esfuerzo para establecer una coordinación intersectorial permanente en aras de resolver la problemática multifactorial, de manera integral.

2.4.1. Objetivo General

- ❖ Elevar la calidad de vida y de salud de la población de adultos mayores de 70 años y más que habitan en la Ciudad de México.

2.4.2. Objetivos Específicos:

- ❖ Brindar apoyo económico para la compra de productos alimentarios básicos a los adultos mayores de 70 años que habitan las unidades territoriales con grado de marginación muy alto y alto en la Ciudad de México.
- ❖ Otorgar consulta médica y entrega de medicamentos en caso necesario a los adultos mayores de 70 años y más, de forma gratuita en los centros de salud de la Ciudad de México.
- ❖ Proporcionar orientaciones alimentarias dirigidas al grupo de adultos mayores, para lograr una dieta balanceada en cantidad y calidad, específica para éste grupo de población.

2.4.3. Destinatarios:

- Adultos Mayores de 70 años y más que viven en zonas de muy alta y alta marginación en el Distrito Federal.
- Se inicia el programa con 150,000 beneficiarios, mensualmente se incorporarán 10,000 hasta llegar a la meta de 200,000 Adultos Mayores.

2.4.4. Considerando:

- ❖ Que en la Ciudad de México viven alrededor de 400 mil adultos de setenta años o más y dos tercios de ellos son mujeres.
- ❖ Que el ingreso promedio de estos adultos mayores apenas llega a un salario mínimo, a pesar de que más de 40 por ciento recibe una pensión de seguridad social.
- ❖ Que la mayoría sufre de desnutrición y de padecimientos crónico como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de las articulaciones, problemas estomacales y depresión o melancolía.
- ❖ Que es inaceptable e injusto que los adultos mayores tengan que vivir una vejez llena de carencias, soledad y abandono.

2.4.5. Acuerdos:

1. A partir del 1 de marzo del presente año y de manera permanente se entregarán 600 pesos mensuales para apoyo alimentario a 200 mil adultos mayores que habitan en las áreas de muy alta, alta y media marginación.
2. Tendrán atención médica y medicamentos gratuitos en los 211 Centros de Salud con que cuenta el gobierno de la Ciudad.
3. Se continuará brindando transporte gratuito en el metro, trolebús, tren ligero y en los autobuses del gobierno de la ciudad a todos los adultos mayores y seguirán gozando de las reducciones de impuestos y derechos aprobadas en el código financiero.
4. El presupuesto autorizado para el 2001 contempla 1063 millones de pesos para apoyo alimentario, 100 millones para medicamentos y otro tanto como subsidio para el transporte gratuito. Estos apoyos suman 1,263 millones de pesos y provienen de los ahorros obtenidos con el plan de austeridad republicana instrumentado por el Gobierno de la Ciudad.
5. Los recursos son aun limitados, pero existe el firme propósito de continuar ampliando el Programa y sentar las bases para construir, en la ciudad, el Estado de Bienestar, que garantice a todos una vida digna y segura.

2.5. Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años y más que viven en el Distrito Federal (Segunda Fase) (25)

Concluida la primera fase de operación del "Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años y más, que viven en el Distrito Federal", con la realización de visitas domiciliarias a las personas contempladas en el primer censo y la inclusión de las que no habían sido visitadas, se integró el Padrón Preliminar de Beneficiarios de este Programa con el Padrón Preliminar de Beneficiarios se inicia la segunda fase del programa que contempla la entrega de tarjetas plásticas a las personas adultas mayores.

2.5.1. Características:

La Tarjeta Electrónica se llama "Cuenta- Despensa", que será utilizada como medio de pago en las tiendas de autoservicio participantes en el Distrito Federal.

La Tarjeta podrá ser utilizada *EXCLUSIVAMENTE* para la *COMPRA DE ALIMENTOS EN CUALQUIERA DE SUS PRESENTACIONES*.

- Cada beneficiario firmará un Convenio con el Gobierno del Distrito federal.
- El Gobierno del Distrito Federal realizará un depósito de \$600.00 pesos mensuales a cada beneficiario incluido el padrón.
- En caso de robo o Extravío de la tarjeta plástica se deberá reportar de manera inmediata para ser desactivada y registrada para su reposición.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

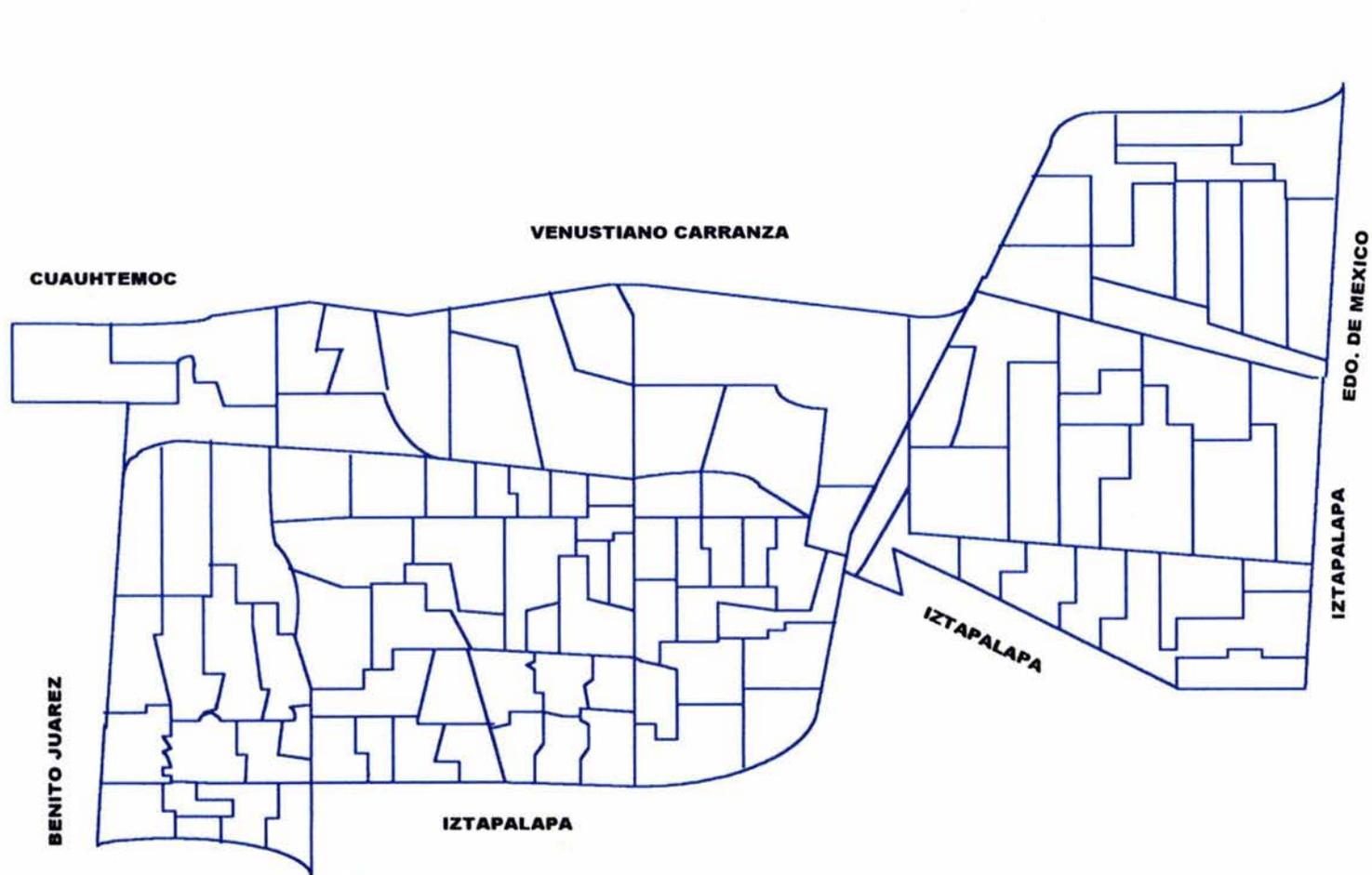
La convivencia de las familiares en México es un estudio que no se ha realizado, de ahí la importancia de investigar la forma de convivencia y comunicación al interior de las familias en las cuales se encuentra viviendo los adultos mayores que están inscritos al Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos, en el Distrito Federal los cuales manifiestan cambios de comportamiento y de actitud al interior de esta por el hecho de contar con el Apoyo Alimentario, esto ha razón de haber recibido la tarjeta plástica "**Cuenta-Despensa**" lo que ha generado no solo la participación activa del anciano sino también la autonomía de estos al adquirir los artículos que necesita para si mismo.

Por todo lo anterior se hace necesario establecer la siguiente investigación en la Delegación Política de IZTACALCO la cual cuenta con una población para el año 2003 de 421,469 habitantes, de este total 25,000 corresponde al grupo de 60 años de edad y más, lo que representa el 6% del total.

Para la realización de esta investigación se consideraran 15,000 personas las cuales integran el padrón de usuarios vigente para esta demarcación del Programa "**Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos**", de lo anterior se establece un supuesto el cual plantea que hay una modificación de las relaciones familiares del adulto mayor y su familia, a partir de haber recibido la tarjeta plástica Cuenta- Despensa, lo que

**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL D.F.
JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
PROGRAMA DE EDUCACION FAMILIAR EN SALUD**

AREA DE RESPONSABILIDAD DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO



3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Indicadores y Noticias de Salud de los Adultos Mayores *Autor: Lía

Daichman. La autora es gerontóloga y presidenta de la Red Internacional del Abuso y Maltrato en la Vejez.

Fuente: LA NACION - 07/04/2002 - Página 48Ciencia/Salud

El aumento de la esperanza de vida de la población en general, pero en particular la de los adultos mayores en todo el mundo, debe ser tomado como un resultado exitoso para la humanidad. El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aunado a la baja exposición a condiciones riesgosas, aumentan las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud y vivir una vejez apropiada. Sin embargo, este buen resultado biológico puede verse opacado si la calidad de vida de las personas de edad avanzada no cumple con ciertos principios mínimos.

Con base en esta preocupación, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 1991 una resolución que incluye los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad para que los países afiliados los incorporen o adapten a sus programas nacionales de salud.

Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida, la ONU recomienda que es importante que las personas de edad cuenten con la suficiente independencia sobre cómo y dónde vivir; participen activamente en la sociedad; puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad; tengan acceso a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización para poder enfrentar con dignidad los últimos años de vida.

Bajo dichos principios la ONU definió un conjunto de objetivos mundiales para el año 2001 que sirvieran de orientación pragmática a las metas del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Dichos objetivos se complementan con un breviarío para el establecimiento de metas nacionales en el que se reconoce que las estrategias nacionales deben "concebirse en función de las tradiciones, los valores culturales [...] y adaptarse a las prioridades y a las posibilidades materiales de cada país". Debe subrayarse la campaña de Envejecimiento con Salud para todos como parte de las metas en materia de salud y nutrición del mencionado plan.

Con el propósito de divulgar las recomendaciones de la ONU acerca del envejecimiento y ofrecer al lector más argumentos sobre una vejez con dignidad, a

continuación se presentan las resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

3.1.1. Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad*

El 16 de diciembre de 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 46/91 que incluye los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad para dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Se exhortó a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible.

A) INDEPENDENCIA: Las personas de edad deberán: Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

- ❖ Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
- ❖ Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- ❖ Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- ❖ Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
- ❖ Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

B) PARTICIPACIÓN

Las personas de edad deberán:

- ❖ Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
- ❖ Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- ❖ Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

C) CUIDADOS

Las personas de edad deberán:

- ❖ Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- ❖ Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
- ❖ Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- ❖ Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- ❖ Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

D) AUTORREALIZACIÓN

Las personas de edad deberán:

- ❖ Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- ❖ Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

E) DIGNIDAD

Las personas de edad deberán:

- ❖ Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
- ❖ Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

3.2 Proyecto de Objetivos Mundiales Relativos al Envejecimiento para el año 2001*

La finalidad fundamental de los objetivos mundiales es apoyar la labor que despliegan los países en relación con el envejecimiento de las poblaciones, así como crear un entorno en el que el talento de las personas de avanzada edad encuentre plena expresión para cubrir sus necesidades de atención.

3.2.1. Los Objetivos

- ❖ **Objetivo mundial 1.** Apoyo a los países en el establecimiento de objetivos nacionales relativos al envejecimiento.

Se podría establecer una cooperación internacional para alcanzar los objetivos determinados a medida que los países establezcan esos objetivos, y mejorar la prestación de ayuda y el traspaso de conocimientos especializados y tecnologías.

- ❖ **Objetivo mundial 2.** Promoción de apoyo para integrar el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo.

El objetivo es velar porque los países que deseen ajustar sus planes nacionales de desarrollo y la asignación de recursos para prever el envejecimiento de la población y puedan recibir asesoramiento de expertos y asistencia de los organismos internacionales encargados del desarrollo.

- ❖ **Objetivo mundial 3.** Promoción de apoyo a los programas de atención y participación de las personas de edad más avanzada basados en la comunidad.
- ❖ **Objetivo mundial 4.** Mejoramiento de las investigaciones sobre envejecimiento entre países, incluida la unificación de la terminología y la metodología.
- ❖ **Objetivo mundial 5.** Inclusión del tema sobre el envejecimiento en celebraciones y reuniones internacionales de importancia.

Es menester sensibilizar respecto de los efectos del envejecimiento de la población, la necesidad de que las personas se preparen durante su vida para la vejez, las distintas funciones que pueden realizar las personas de edad avanzada en la sociedad y el valor de una sociedad solícita.

- ❖ **Objetivo mundial 6.** Establecimiento de una red mundial de voluntarios de mayor edad en pro del desarrollo social y económico.

La consecución de este objetivo requiere la utilización de los conocimientos y la experiencia acumulados por las personas de más edad para apoyar los programas en favor del desarrollo, el medio ambiente y la paz de las Naciones Unidas.

- ❖ **Objetivo mundial 7.** Viabilización de una cooperación más estrecha entre las organizaciones no gubernamentales en relación con el envejecimiento.

- ❖ **Objetivo mundial 8.** Viabilización de una cooperación más estrecha entre las organizaciones intergubernamentales en relación con el envejecimiento.

Breviario para el establecimiento de metas nacionales

Con miras a prestar asistencia a los Estados Miembros en el establecimiento de las metas nacionales relativas al envejecimiento para el año 2001 se ha preparado el breviario que figura a continuación, organizado en relación con las esferas prioritarias establecidas en el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento como son infraestructura, salud, vivienda, familia, educación, bienestar social y seguridad del ingreso. En el Plan de Acción se señala que las estrategias nacionales deben "concebirse y enunciarse en función de las tradiciones, los valores culturales y las prácticas de cada nación o comunidad étnica y...adaptarse a las prioridades y a las posibilidades materiales de cada país o comunidad".

Metas nacionales básicas relacionadas con la infraestructura "El éxito de este Plan de Acción dependerá en gran medida de las actividades de los gobiernos encaminadas a crear condiciones y amplias posibilidades para la plena participación de los ciudadanos, en particular las personas de edad..."

3.2.2. Mecanismo Nacional de Coordinación

Fortalecimiento o establecimiento de un mecanismo nacional de coordinación encargado del envejecimiento.

- ❖ El mecanismo nacional de coordinación es un órgano nombrado por el gobierno para elaborar y promover la aplicación de la estrategia nacional sobre el envejecimiento.

- ❖ Fomento del establecimiento y funcionamiento eficaz de organizaciones de las personas de edad más avanzada.
- ❖ Fomento de la ampliación o el establecimiento de normas y de una programación intergeneracionales.
- ❖ Mejoramiento o establecimiento de las normas, además del cumplimiento de los protocolos relativos a los encargados del cuidado de los ancianos, incluidos los entornos domésticos, comunitarios y residenciales.
- ❖ Integración de las cuestiones del envejecimiento en los planes nacionales de desarrollo.
- ❖ Fortalecimiento o promoción de actividades nacionales de educación, capacitación e investigaciones sobre el envejecimiento.
- ❖ Medidas para velar porque en los compendios nacionales de datos se incluya información concreta relativa al sexo y a la edad.
- ❖ Publicación, difusión y actualización periódica de un directorio nacional de organizaciones públicas y privadas que se ocupen del envejecimiento, así como de los servicios y actividades que benefician a las personas de más edad o de los que éstos se ocupan.
- ❖ Publicación y difusión generalizada de informes ordinarios sobre la situación del envejecimiento en cada país.
- ❖ Establecimiento de mecanismos para examinar y adaptar la legislación y las prácticas vigentes, a fin de eliminar omisiones, contradicciones y discriminaciones importantes respecto de las personas de más edad.

3.2.3. Metas en Material de Salud y Nutrición

"Aunque el hecho de que el número de personas de edad esté aumentando rápidamente en todo el mundo representa para la humanidad un éxito desde el punto de vista biológico, las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países se han ido quedando muy atrás con respecto a las de la población económicamente activa...

Un principio fundamental de esa atención prestada a las personas de edad es que sirva para que éstas puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible."

3.2.4. Lanzamiento de una Campaña sobre Envejecimiento con Salud para Todos

En esta campaña se debe hacer hincapié en un enfoque integrado de la salud que refleje un equilibrio entre el bienestar físico, intelectual, social, emocional, mental y espiritual. Esta campaña podría dirigirse a los escolares y al público en general y su objetivo primordial sería reducir el riesgo de dependencia en la vejez, al tiempo que insistiría en que se prescindiera de hábitos y prácticas perjudiciales para la salud. Establecimiento de índices nacionales de salud y discapacidad entre los ancianos. Medidas para velar porque se preste atención primaria de la salud a los ancianos y porque éstos tengan acceso a ella.

- ❖ Esta meta abarcaría la elaboración y ampliación de programas de larga duración de atención de la salud, basados en la comunidad y en el hogar.
- ❖ Abarcaría asimismo la evaluación y, cuando procediera, la revitalización y ampliación del uso de métodos tradicionales de curación y prevención de enfermedades.
- ❖ Promoción del establecimiento de un sistema de suministro de medios auxiliares técnicos.
- ❖ Esto abarcaría la financiación y distribución de accesorios y equipos relacionados con la salud, especialmente anteojos, aparatos para la sordera y prótesis dentales, necesarias para la prevención y el tratamiento de trastornos relacionados con el envejecimiento.
- ❖ Garantía de una nutrición adecuada, sobre todo de los ancianos vulnerables, inclusive de grupos como refugiados, víctimas de desastres y personas que viven solas.
- ❖ Fortalecimiento o establecimiento de un programa de salud pública para los ancianos que garantice su acceso al agua no contaminada y a un saneamiento adecuado.

3.2.5. Metas en Materia de Vivienda y un Entorno Social

"Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo, y se acepta de manera general que la vivienda influye mucho en la calidad de la vida de cualquier grupo de edades de cualquier país. Una vivienda

adecuada es todavía más importante para los ancianos, en cuyo domicilio se centran prácticamente todas sus actividades..."

- ❖ Prestación de ayuda a las personas de edad avanzada para que puedan continuar viviendo en sus propios hogares todo el tiempo que sea posible o seleccionar otro lugar de alojamiento si no desean seguir en su hogar o no lo consideran ya el lugar idóneo.
- ❖ Esta ayuda puede adoptar la forma de servicios de salud y sociales en el hogar, atención de las labores domésticas y subsidios de alquiler. Esta ayuda puede adoptar la forma de servicios de salud y sociales en el hogar, atención de las labores domésticas y subsidios de alquiler.
- ❖ Creación de albergues y servicios públicos irrestrictos e integrados a la comunidad para las personas de edad avanzada en las ciudades, pueblos y aldeas.
- ❖ Fomento de la educación de la comunidad en materia de seguridad personal en el hogar y la comunidad. alquiler. Creación de albergues y servicios públicos irrestrictos e integrados a la comunidad para las personas de edad avanzada en las ciudades, pueblos y aldeas. Fomento de la educación de la comunidad en materia de seguridad personal en el hogar y la comunidad.
- ❖ En esta meta se abordará la prevención de accidentes y la protección contra el delito y el maltrato.
- ❖ Medidas para dar y mejorar el acceso y la movilidad de las personas de edad avanzada al trabajo, a los servicios sociales y de salud y a los centros de recreación.

3.2.6. Metas Relacionadas con la Familia

"Independientemente de su forma o de su organización, la familia es la unidad básica reconocida de la sociedad. Con el aumento de la longevidad, la existencia de familias que incluyen cuatro o cinco generaciones es ya cada vez más común en todo el mundo. Por otra parte, los cambios, en la condición de la mujer han reducido su función tradicional de atender a los miembros de la familia de más edad; es necesario que la familia en conjunto, incluidos los varones, asuman y compartan la carga de las tareas del hogar..."

Promoción y perfeccionamiento de las especialidades que permitan a hombres y mujeres de edad avanzada cumplir su función como jefes de familia, consejeros y personas encargadas de los cuidados.

- ❖ Ello también podría equivaler a capacitar las personas de edad avanzada en las técnicas de mediación o para que transmitan y evalúen valores tradicionales en situaciones nuevas.
- ❖ Fomento y mejoramiento de la atención que se presta en el seno familiar y apoyo a ésta.

En esta meta cabría incluir, entre otras cosas, la información y capacitación sobre prestación de cuidados, subsidios para la vivienda y el alquiler a familias de varias generaciones, prestación de atención temporal, remuneración por la prestación de atención durante largo tiempo sin que medie pago y análisis del tiempo empleado en la prestación de atención a los efectos de los cálculos de los planes de pensiones.

- ❖ Establecimiento de grupos de apoyo a familias que afrontan problemas especiales y necesidades de cuidados especiales, por ejemplo, los que tienen que ocuparse de demencia e incapacidades físicas.
- ❖ Integración de la cuestión del envejecimiento en las actividades nacionales relacionadas con el Año Internacional de la Familia en 1994.

3.2.7. Metas en Materia de Educación y Medios de Comunicación.

"...En muchas sociedades del mundo, los ancianos siguen siendo los encargados de transmitir la información, los conocimientos, las tradiciones y los valores espirituales. No debe perderse esa importante tradición.

...Hay también necesidad de educar a la población en general acerca del proceso de envejecimiento. Ello debe empezar a una edad temprana para que se perciba plenamente como proceso natural. Nunca se insistirá bastante en el papel de los medios de información a ese respecto."

- ❖ Lanzamiento de campañas de información, educación y comunicación sobre el envejecimiento para crear imágenes positivas del envejecimiento y promover el

envejecimiento como tema de importancia social general en el que todos participen.

- ❖ Los legisladores, educadores, profesionales, dirigentes religiosos, publicistas, las personas de edad avanzada, las familias y el público en general deben promover estas campañas. Además estas campañas deben dirigirse a estas personas. Las campañas podrían vincularse con la observancia del 1 de octubre, Día Internacional de las Personas de Edad.
- ❖ Incorporación de la información sobre el envejecimiento en programas de enseñanza de las escuelas primarias y secundarias, así como información y cursos especializados sobre el envejecimiento en los estudios de nivel posterior al secundario, estudios sociales, de salud, políticos, religiosos, económicos, de arquitectura, planificación y diseño, entre otros.
- ❖ Asignación de funciones decisivas a personas de mayor edad como voluntarios o personal remunerado en programas de alfabetización, campañas de sensibilización social y en programas de enseñanza sobre las tradiciones y el patrimonio culturales, el medio ambiente, el uso indebido de estupefacientes y otros temas.
- ❖ Establecimiento de programas de alfabetización y educación permanente para las personas de edad avanzada.
- ❖ Integración del tema de las actividades del envejecimiento en los acontecimientos y reuniones nacionales.
- ❖ Difusión y aplicación de los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad.
- ❖ La Asamblea General, en su cuadragésimo sexto período de sesiones, celebrado en 1991, hizo suyos los 18 principios, que abordan de manera resumida las cuestiones de independencia, participación, atención, autorrealización y dignidad.

3.2.8. Metas en Materia de Bienestar Social

"Los servicios de bienestar social pueden constituir un instrumento de la política nacional y deberán tener como objetivo elevar al máximo la capacidad de las personas de edad para vivir en la sociedad. Dichos servicios deben prestarse en la comunidad y abarcar toda la gama de la asistencia preventiva, de recuperación y desarrollo para las personas

de edad, a fin de permitirles llevar una vida lo más independiente posible en su propio hogar y en su comunidad, y continuar siendo ciudadanos activos y útiles."

- ❖ Promulgación de leyes que garanticen el acceso de las personas de edad avanzada a los servicios de bienestar social en condiciones de igualdad.
- ❖ Examen y determinación de la combinación de incentivos públicos y privados más equitativa y eficaz para promover la creación de posibilidades de prestación de servicios para las personas de edad avanzada.
- ❖ Como se señaló en el Plan de Acción, en esta meta debería procurarse reducir o eliminar "cualquier limitación...que pese sobre las actividades voluntarias, y no estructuradas" y eliminar o hacer más flexibles "las normas jurídicas que impidan o dificulten el trabajo a jornada parcial, la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios en la prestación de servicios junto al personal profesional o en instituciones destinadas a los ancianos".
- ❖ Reconocimiento a las personas que prestan servicios, incluidos los que atienden a los ancianos por propia voluntad, impartiendo capacitación y asegurando una compensación adecuada y una imagen pública positiva.
- ❖ Fortalecimiento o establecimiento de la continuidad de los programas de atención basados en la comunidad.
- ❖ El objetivo de estos programas debe ser la creación de asociaciones complementarias entre los sectores estructurado y no estructurado para atender a los ancianos.

3.2.9. Metas en Materia de Seguridad del Ingreso y el Empleo

"...muchos de los países y regiones desarrollados han logrado satisfacer las necesidades de todos mediante planes generalizados de seguridad social. En los países en desarrollo, la seguridad del ingreso es un tema que preocupa a todos los grupos de edades, y gran parte de la población, cuando no la mayoría vive en el nivel de subsistencia...los programas de seguridad social suelen tener un alcance limitado..."

- ❖ Creación de un programa nacional para promover un envejecimiento productivo.

- ❖ Este programa promovería el acceso al crédito de las personas de edad avanzada para que puedan dedicarse a labores remunerativas o a servicios voluntarios en beneficio propio, de sus familias y de sus comunidades. Entre estas actividades podrían figurar el aprovechamiento de los conocimientos especializados de las personas de edad avanzada que residen en la comunidad, el empleo por cuenta propia, el fomento de una segunda carrera, cooperativas de personas de más edad y empleos a jornada parcial, por ejemplo, como instructores o maestros, personal sanitario y voluntarios.
- ❖ Establecimiento, fortalecimiento y puesta en práctica de planes o estrategias para velar por la seguridad del ingreso de todas las personas de edad avanzada a niveles proporcionales a la infraestructura económica y social del país.
- ❖ Ello supondría una diversidad de métodos, inclusive una vinculación flexible con la fuerza de trabajo mediante la continuación de la labor productiva a título voluntario, la adaptación de las condiciones de trabajo a las posibilidades físicas de la persona de edad avanzada, la capacitación y el readiestramiento, así como la remuneración y el crédito para que contribuyan a la economía del sector no estructurado, incluida la agricultura, la prestación de atención y el cuidado de niños. Estos procedimientos se pueden considerar conjuntamente con planes públicos de retiro más tradicionales.
- ❖ Establecimiento de una red de protección en lugares donde los planes de jubilación o de otra índole no existen o son inadecuados.
- ❖ En este caso habría que destinar recursos a los grupos de personas de edad avanzada pobre y necesitada, y prestar especial atención a las personas discapacitadas, o con un estado de salud precario.
- ❖ Examen de las opciones de que se pueden valer los trabajadores de edad más avanzada para retirarse de manera flexible y gradual o prorrogar el empleo en consonancia con las infraestructuras y los recursos nacionales y sociales.

3.3. Los Geriátricos: Símbolo del Fracaso de la Sociedad

Autor: Enrique Poletti. Presidente de la Fundación para el Progreso de la Gerontología (FUNPROGER) 29 de Noviembre de 2001.

El lugar natural de vida donde debe residir toda persona sin importar su edad, raza, sexo o religión, es su hogar. Ese hogar donde la persona reside por lo general con su familia es

el lugar mas adecuado para su desarrollo personal, que tiene que ver con el de la sociedad de la que forma parte.

Si hablamos específicamente de los ancianos, pensamos exactamente lo mismo. La calidad de vida del anciano, que es proporcional a la duración de su vida, está en general asegurada si el anciano vive en su hogar. Es necesario realizar todos los esfuerzos para mantener al anciano en su ámbito natural. Ayudar al anciano y a su familia para que esta pueda mantener al viejo en su hogar.

Proveer todos los medios necesarios para que el anciano reciba en su hogar los cuidados que necesite, para que no deba abandonarlo.

Prevenir todo tipo de deterioro (físico, social, psicológico, económico, etc.) que a corto plazo provocará la incapacidad del anciano para manejarse solo.

Educar al anciano y a su familia en técnicas que prevengan el envejecimiento patológico.

Lograr que las Obras Sociales en su legítimo intento de evitar el despilfarro de recursos, se pasen al extremo de brindar una cobertura más simbólica que real.

Resistir a toda costa la presión de distintos sectores (Algunos por inocencia, otros por ignorancia y otros por intereses económicos) para convertir gradualmente a los Hogares de Ancianos en Clínicas o Semi Clínicas, de manera que las reales "Instituciones de La Salud", como Clínicas, Sanatorios y Hospitales sean mas eficientes a través de asignar la responsabilidad de tratar enfermedades y realizar prácticas netamente asistenciales en dichos Hogares.

No debemos olvidar que un Hogar de Ancianos es solo eso, un Hogar, y que es altamente perjudicial para cualquier ser humano vivir permanentemente en una Clínica, Sanatorio u Hospital.

Los Hogares de Ancianos o Gerontocomios (mal llamados Geriátricos) son la prueba de que la sociedad ha fracasado en su intento de hacerse cargo de sus viejos. Por eso existen: porque las familias no saben, no pueden o no quieren hacerse cargo del anciano, o por lo menos de algunos ancianos.

Símbolo del fracaso de la sociedad, que no sabe, no quiere o no puede hacerse cargo de sus ancianos, los gerontocomios no son bien vistos, o se los ve con prejuicio, culpa, rabia, o desconfianza.

Esta forma de apreciar a los Hogares de Ancianos, se refleja no solo en la actitud del grueso de la sociedad, sino también y desgraciadamente en las entidades oficiales, cuya responsabilidad es reglamentar y controlar el funcionamiento de estos establecimientos. En muchos casos, las reglamentaciones parecen destinadas a impedir el funcionamiento de estos Hogares que a favorecer que los ancianos que allí residen tengan un medio ambiente adecuado que les permita una buena calidad de vida y su desarrollo como persona.

Los Gerontocomios existen entonces como resultado de la incapacidad de la sociedad para hacerse cargo de sus ancianos. Si la sociedad funcionara como es debido, estos lugares no existirían, por lo menos en la medida en que hoy existen.

Como creemos que seguirán existiendo, tenemos la obligación de lograr que los ancianos que residan en ellos se sientan y vivan de la mejor manera posible. Por eso es que creemos que un Hogar de Ancianos debe ser lo más parecido posible a un hogar, lo menos parecido posible a una Clínica, Sanatorio u Hospital, y lo menos parecido posible a una Institución.

¿Cómo definimos a un hogar?... El lugar donde vivimos. ¿Solo eso?... Hay mucho más que eso. Es un lugar donde nos sentimos "parte de...". Allí formamos parte de un grupo humano que nos acepta tal cual somos, sin queremos cambiar para beneficio de nadie. Un lugar donde de alguna manera nos sentimos importantes, útiles, únicos y tenemos un rol.

A veces no hay otra salida Existen sin embargo, situaciones que justifican que el anciano abandone su hogar, por uno sustituto. Tienen que ver básicamente con alteraciones en el funcionamiento del grupo familiar, que perjudican al anciano.

También puede suceder que el anciano no tenga familia y no pueda vivir solo por no tener capacidad para manejarse independientemente (ceguera, incapacidad de movilizarse por sus propios medios, trastornos cognitivos, Alzheimer, etc.).

La mayoría de estas situaciones podrían prevenirse siempre y cuando no se espere demasiado para revertirlas.

Por ejemplo, podría prevenirse el deterioro en el funcionamiento familiar que se produce en muchos casos cuando uno de los miembros de la familia padece una enfermedad que lo incapacita, debiendo depender de otros para actividades rutinarias de la vida diaria como bañarse, o ir al baño, o afeitarse, vestirse o movilizarse.

Esta situación que es una de las principales causas de hogarización en los ancianos, podría, en general ser manejada con la intervención de profesionales. Ellos, con sus indicaciones no solo evitarían que uno de los miembros de la familia se sobrecargue, sino que también pueden asesorar en una más rápida rehabilitación del miembro enfermo de la familia.

También sucede en este tipo de casos, que la tendencia de algún familiar a sobreproteger al anciano con alguna incapacidad (tratarlo como a un bebé), provoca a corto o a mediano plazo, cambios importantes en la conducta de éste que son muy difíciles de manejar en el medio familiar y que también podrían prevenirse con la intervención de profesionales idóneos.

En los casos de ancianos sin familia y con incapacidades que les impiden vivir solos, se podría evitar que abandonen su hogar si se provee atención gerontológica domiciliaria. Sin embargo, debemos tener en cuenta no sólo el elevado costo de este tipo de atención, sino también sus muy frecuentes "efectos colaterales", el aislamiento social y el Síndrome de Institucionalización solapado.

3.4. Autoestima del Adulto Mayor

Nitin Desai; Subsecretario de la ONU para asuntos económicos y sociales. Fuente: LA NACION - 16/04/2002 - Página 10 - Ciencia/Salud.

En este Día Mundial de la Salud, en el que se rescata el valor del movimiento en todas las etapas de la vida, vale la pena repasar el concepto de calidad de vida en el envejecimiento, que puede ser tomado como una estructura bidimensional desde lo

subjetivo en lo que respecta a la satisfacción de vida y la autoestima, y desde lo objetivo en lo relacionado con el estado general de la salud y con el status socioeconómico.

El envejecimiento exitoso fue equiparado algunas veces en el pasado al concepto de satisfacción de vida y otras a sobrevida y buena salud, tiene hoy una definición coherente y que combina tres elementos: longevidad, salud (sin discapacidad) y satisfacción de vida (felicidad).

En lo que respecta a la autoestima, por ejemplo, no hay evidencia de que decline al envejecer, ni de que sus factores relacionados difieran con la de los adultos más jóvenes.

Cada ser humano tiene conocimientos, capacidades, talentos especiales y funciones individuales. Y aun cuando el adulto mayor deba depender en ciertas áreas de protección y apoyo, no deja de poseer en otros campos suficiente competencia para generar por sí mismo respuestas hábiles para otras necesidades.

Las personas viejas que se centran en el presente y el futuro inmediato perciben que la vida tiene todavía cosas para ofrecer, y restándole importancia a un tiempo más lejano, se permiten hacer proyectos y tener expectativas sin estar pendientes todo el tiempo del final.

¿Cómo hacen los adultos mayores enfermos para conservar esta perspectiva de futuro? La competencia, en estos casos, consiste en la habilidad del individuo de preservarla o restablecerla, a pesar de las pérdidas y limitaciones, de la cronicidad y permanecer abierto a los nuevos estímulos.

Vivir muchos años ofrece oportunidades sin precedente para el desarrollo personal y social, pero también presenta al individuo y a la sociedad nuevos e imperantes desafíos relacionados con la calidad de vida. En principio, deberíamos revisar el uso de la terminología: calidad de vida en sus distintas etapas, ya que creo que no existe una calidad diferente para este grupo etario. Esto implica un prejuicio, el del viejísimo (prejuicio contra la vejez), puesto que la calidad de vida humana es una sola e independiente del factor edad, no sólo desde una concepción médico-psico-social, sino fundamentalmente existencial y filosófica.

3.4.1. Informe sobre el Envejecimiento 2 de Mayo 02 Envejecimiento: a comienzos del siglo XX la expectativa de vida al nacer era de apenas 50 años.

En 2050 habrá 2 millones de centenarios Según la ONU, en las naciones en vías de desarrollo se cuadruplicará la población de la tercera edad. Los datos se expusieron en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que acaba de finalizar. El documento final insta a proteger los derechos de las personas añosas.

NUEVA YORK (The New York Times).- Con la expectativa de que la población mundial de más de 60 años se triplicará a dos mil millones para 2050, delegados de 160 países han jurado en Madrid, España, defender la salud y los derechos de las personas mayores, haciendo especial hincapié en los países pobres, donde el aumento será más veloz. "Hemos establecido la agenda sobre envejecimiento para el siglo XXI", dijo Paul Hoeffel, vocero de la organización internacional.

La declaración política que acompaña el documento delineó los principios comunes a los que habrá que ajustarse teniendo en cuenta el boom que, como se espera, registrará la población mayor en los próximos 50 años. Para mitad de este siglo, estima la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una de cada cinco personas tendrá 60 años o más, y más de dos millones tendrán 100 años o más.

Los funcionarios de la ONU dijeron que la tendencia demográfica requerirá un cambio acorde en la ayuda para el desarrollo, destinando algunos de los recursos que en el siglo XX habían sido empeñados en educación y empleo para los jóvenes hacia otros más enfocados en las necesidades de los mayores.

Iluminar el problema

"Esta conferencia estuvo destinada a despertar la conciencia en torno del problema del envejecimiento -dijo Nitin Desai, subsecretario de la ONU para asuntos económicos y sociales, que presidió la conferencia-. Ahora los grupos de presión tendrán una voz mucho más fuerte para asegurarse de que los gobiernos se ajusten a estos compromisos."

Las naciones en desarrollo y las organizaciones no gubernamentales habían presionado para el establecimiento de una agencia especial que llevara adelante el plan. Pero los países más ricos insistieron en que su ejecución era responsabilidad de los gobiernos

individuales y de las agencias de la ONU ya existentes. La reunión iluminó problemas de las naciones en vías de desarrollo, donde mejoras sanitarias y nutricionales cuadruplicarán el número de personas mayores para 2050, la mayoría de las cuales vivirán en el modesto medio rural.

"En Europa, los países se hicieron ricos antes de hacerse viejos -dijo Mohammad Nizamuddin; Director del Fondo de Población de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico informa que en el mundo en desarrollo, los países están haciéndose viejos antes de ser ricos."

En relación con personas de 80 o más años, el grupo etario que mundialmente registra mayor crecimiento, el plan pidió especial atención a sus necesidades médicas y nutricionales. También abogó por estimular a los mayores a trabajar hasta más entrados en la tercera edad para asegurar que las economías y sistemas sanitarios de los países no colapsen.

Promover el entrenamiento "Las personas mayores que se enfrentan al cambio tecnológico sin educación o entrenamiento pueden experimentar alienación", afirma el documento, y pide a los países que "promuevan la alfabetización y el entrenamiento numérico y tecnológico para las personas mayores y la fuerza de trabajo envejecida". También pide incentivos financieros, horarios de trabajo flexibles para los trabajadores de mayor edad y la garantía de los derechos de pensión. "El mundo puede obtener enormes beneficios de las personas mayores", dijo Desai, y subrayó que las personas mayores podrían aportar una vida de experiencia y conocimiento en áreas como la educación y la investigación científica. Si el foco demográfico del siglo XX fue la educación y el empleo para los jóvenes, entonces el tema para el siglo XXI serán los mayores, agregó

3.5. Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor Avances y Desafíos para un

Enfoque Integral. *José Luis Ysem de Arce*

Nota: Este tema fue expuesto en el Seminario Internacional sobre la Tercera Edad, celebrado en Talca (Chile) la primera semana de Noviembre de 1999.

Introducción

La sección *Población* del Departamento de asuntos económico – sociales de las Naciones Unidas publicó, el 26 de Octubre de 1998, una actualización de los cálculos y proyecciones en materia demográfica. En el capítulo dedicado al aumento del número de personas ancianas, destaca, entre otras cosas, que los 66 millones de personas de más de ochenta años de edad, presentes hoy en el mundo, van a aumentar hasta 370 millones en el año 2050, cuando se contarán entre ellos 2,2 millones de centenarios.

Las expectativas de más años de vida de la población en muchos países han ido aumentando desde hace tiempo; Chile también se encuentra en esta situación, y como los índices de natalidad siguen orden inverso ocurre que somos uno de los países de América Latina con mayor índice de envejecimiento. *El aumento de la expectativa de vida ha llevado a que el número promedio de años en la etapa poslaboral de su población sea de igual extensión al del período formativo y educativo prelaboral: es decir, el período posjubilación es de similar duración al tiempo que la persona ocupa en su juventud para formarse antes de entrar a trabajar.* Esta realidad del crecimiento constante del número de ancianos y la disminución del número de jóvenes y niños ya viene alarmando desde hace tiempo a los estudiosos. La pirámide de las edades se encuentra completamente invertida en varios países del mundo. Quizá esta sea una de las razones por la cual, desde hace unos años, se van realizando numerosos estudios interdisciplinarios dedicados a la ancianidad. La preocupación por los ancianos y su estilo de vida en la sociedad cambiante de nuestros días, es preocupación de instituciones gubernamentales, ONGs, Universidades, y de grupos privados de distintas orientaciones.

Nuestro Seminario de estos días es también una muestra de lo que venimos diciendo. El título del mismo: *La tercera edad en el tercer milenio; un desafío para todos*, indica bien el talante de nuestra preocupación. El presente trabajo consiste en una sencilla reflexión sobre la realidad psicológica del anciano (hoy se habla de tercera y cuarta edad), y pretende entregar algunas pistas acerca del desarrollo integral de las personas comprendidas en esa edad que abarca un amplio espacio cronológico.

A) Adulto Mayor y Autoestima

Muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de

edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres dueñas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten sin embargo que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es como si se les dijera: señor, señora, prescindimos de usted.

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos estos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno.

Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás precinden de él. Así lo veía ya el viejo Maslow en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó *autorrealización* y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales.

Autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes que este mantiene hacia sí mismo son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra *actitudes* ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. De ahí que para la educación y formación de las personas nos interesa mucho formar en actitudes porque así aseguramos una formación integral y no fraccionaria. Por lo mismo que las actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivo – emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente.

En vista de esto, si a una persona que se siente bien, saludable y con fuerzas, le decimos que ya no nos hace falta, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima al hacerle ver que el grupo puede prescindir de ella, que su pertenencia al "nosotros" ya no es tan evidente. Es como decirle que el aprecio que sentíamos por él/ella era sólo en cuanto que su aporte y presencia nos era útil, pero ahora las cosas cambian:

tu presencia no nos es necesaria porque ya no nos puedes aportar nada. El adulto mayor saludable se siente desconcertado ante dos experiencias de vector contrario: por un lado él se siente bien y con ganas de trabajar, pero por otro lado la sociedad le dice que ya no lo necesita. Es un duro golpe para su autoestima, pues como decíamos antes, una de las bases importantes para alimentarla se encuentra en el sentimiento de pertenencia. ¿Cómo mantener dicho sentimiento si se me están mandando mensajes de que se puede prescindir de mí?

Pero la autoestima (inserta en el sistema actitudinal de la personalidad) es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo – emotivo que ella encierra no se limita sólo a efectos anímicos (lo que ya es bastante importante) sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico y somático. Estudios modernos prueban que el enfermo se recupera mejor si además de los cuidados médicos y fármacos cuenta también con toda esa red de arropamiento acogedor que representa la mano tierna y cariñosa dispuesta a brindarle un amor incondicional. No sólo el enfermo se recupera mejor cuando es atendido con amor, sino que a causa del amor, una persona puede permanecer más inmune a la enfermedad que aquella otra carente de esta experiencia amorosa. Está demostrado, por ejemplo, que las personas con más y mejores lazos familiares padecen menos resfriados que las que carecen de ellos.

B) Inteligencia Emocional y Autoestima

Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace unos cuantos años, y que *si no tenemos un desarrollo afectivo óptimo no se desarrolla la inteligencia; así es que hay una relación directa entre el afecto y el desarrollo cerebral, intelectual. La inteligencia depende de la vida de la niñez, cuando se va estructurando la persona. Es interesante volver a valorizar el afecto.*

El periodista Daniel Goleman ha tenido el acierto de lograr llamar la atención sobre la importancia del tema emocional mediante la publicación de su conocido libro *La inteligencia emocional*. Mediante este best seller ha sacado el tema del estricto claustro académico y lo ha llevado a la comprensión de la gente de la calle. Hoy sabemos que la inteligencia es mucho más que una determinada función de la mente humana medida en términos de (CI); el ser humano, a la hora de actuar de alguna manera y de tomar determinadas decisiones, no lo hace tanto guiado por su inteligencia cognitiva, sino sobre

todo a impulsos de sus emociones y sentimientos que deben ser guiados, orientados, controlados y expresados mediante los dictados de una sana inteligencia emocional. A la hora de decidir en asuntos en los que nos va la vida (ver por ejemplo lo referente a elección de pareja), no lo hacemos guiados por el frío intelecto sino por la calidad e intensidad de los sentimientos que en ese momento nos embargan.

¿Y quién nos ha enseñado a manejar ese mundo de los sentimientos y emociones? Desgraciadamente los aprendizajes que se han practicado en las escuelas han insistido más en el mundo de los conocimientos que en el de las emociones, y sólo un buen ambiente familiar ha podido servirnos de utilidad para el manejo desenvuelto y positivo del mundo afectivo. ¿Qué pasa si el mismo ambiente familiar carece de la solidez afectiva necesaria?

Para poder vivir bien la vida es necesaria no sólo la inteligencia cognitiva sino también (y sobre todo) la Inteligencia emocional, aspecto de nuestra personalidad que tan olvidado habíamos tenido. La autoestima corre pareja con el funcionamiento de la Inteligencia Emocional: las personas con mejor y más adecuada expresión de sus sentimientos y emociones son a la vez personas seguras de sí mismas, con mayor sentimiento de libertad y autonomía, con mejores relaciones interpersonales, y por ello mismo con mejor nivel de autoestima.

Pues bien, una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse, de pronto, no aceptado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir. Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor: pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar, y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo: *Ya tengo más seres queridos dentro de estas murallas que afuera*, me decía un viejo campesino del norte de España cuando salíamos del cementerio el día del funeral de mi madre. Si estas pérdidas no se compensan por medio de convenientes ejercicios de Inteligencia Emocional (buen manejo del campo afectivo – emotivo) no será nada raro que el anciano se sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres.

C) Modelo del Viejísimo y Paradigma del Cuerpo Joven

Los parámetros y valores culturales imperantes en la sociedad favorecen poco la autoestima del anciano. El modelo cultural que impera entre nosotros es un modelo simplista que imagina el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia. Según este esquema el hombre está condenado fatalmente a ser testigo de su propia decadencia, y necesariamente su autoestima será cada vez más frágil y vulnerable. Subyace aquí una ideología físico-biologista que reduce el ser humano a pura conexión de células que obviamente se van envejeciendo y deteriorando. Es una ideología del "viejísimo" que es necesario superar. La razón y la afectividad no decaen al ritmo de la decadencia biológica, y al contrario, crecen y se fortalecen en el anciano saludable hasta el último día de vida: *Enséñame, Señor, a saber aceptar lo de cada día; a saber caminar pisando firme, para andar por el Camino que conduce a la paz temporal, y sobre todo a la eterna.* La OMS define el "viejo sano" como aquel individuo cuyo estado de salud se considera no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales. Por otro lado es importante recordar que el mismo envejecimiento de las células cerebrales se produce más lentamente que el de otras células del organismo si se las mantiene activas, por lo cual se recomienda aprender algo nuevo en una especie de gimnasia intelectual.

Junto a esta mentalidad del "viejísimo" que acabamos de comentar está presente en nuestra sociedad lo que algunos autores llaman *Paradigma del cuerpo joven*: el tipo de sociedad imperante hace cada vez más difícil la vida familiar de convivencia trigeneracional; el modelo de familia que se nos presenta en los atractivos anuncios publicitarios suele estar representado por una linda joven pareja, un pequeño hijo muy bonito, y el perro. Pocas veces aparece el abuelo en ese cuadro. A este signo de marginación familiar respecto de los ancianos se añade la preferencia casi obsesiva de nuestros medios publicitarios por el cuerpo joven como ideal estético. Mujeres y hombres modelos han de ser según este esquema gente joven, con bonito cuerpo (excesivamente delgado), y muy lejos de todo lo que pueda ser arrugas y defectos del cuerpo viejo. Eso explica la gran oferta y demanda que en nuestros tiempos representa el mundo físico – culturista al cual se ven inclinados tantos de nuestros jóvenes y no tan jóvenes. Es lógico que en un ambiente así, el hombre y mujer mayores sientan que no tienen nada que ofrecer.

D) Mirando al Tercer Milenio Constructores de Esperanza

Al terminar este trabajo quisiera presentar algunos motivos de esperanza que son a su vez especiales desafíos para quienes, desde el mundo de la salud psíquica, deseamos construir un mundo más feliz y humano frente al tercer milenio que comienza.

E) Personalidad como Proyecto sin Terminar

La persona puede llegar a la tercera y cuarta edad, ser adulto mayor, anciano, viejo, o como queramos llamarlo, y puede ser testigo de su deterioro físico, a la vez que mantener incólume su crecimiento psíquico. La mejor doctrina sobre la personalidad y su desarrollo nos enseña desde hace muchos años que esta se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer. Erik Erickson considera la ancianidad como la etapa de la integración versus la desesperación. La integridad es vista aquí como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado de espíritu cuyo componente especial es la auto aceptación. Refiriéndose a dicho estado de espíritu Edmund Sherman dice que *Es la aceptación de la realidad, la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de las ilusiones... Sin embargo, varios de nosotros no llegan a liberarse de sus objetivos no realistas (que acarician a menudo sin saberlo), y los sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo que resultan de todo ello conducen inevitablemente a un sentimiento de desesperación.*

Lo importante es que el individuo acepte y asuma lo que él es en verdad, y no lo que los elementos estresores y ansiógenos de la sociedad le pretendan imponer. De ahí que sea necesario incluir en nuestros programas universitarios y de otras organizaciones los planes que permitan entregar a todo ser humano la formación que necesita para aprender a envejecer. Esto significa, entre otras cosas, desarrollar la autoestima y aprender a manejar las propias emociones (destreza emocional), pues ello contribuye a una mejor calidad de vida. El éxito de la vejez consiste en vivir esta última etapa de la vida como un período de crecimiento.

F) Sentido de la Felicidad Humana y Presencia de la Muerte

Felicidad y muerte parecen a simple vista dos términos mutuamente excluyentes. La felicidad como anhelo y aspiración de todo ser humano es la motivación que está en la

base de todas las demás motivaciones; ella es la aspiración de todo hombre y mujer desde que nace hasta que muere ¿Pero es posible la felicidad cuando en la vida se incluye el horizonte de la muerte? La muerte tiene sentido cuando la vida está llena de sentido, el cual es correlato de la felicidad. La felicidad no consiste sólo en estar bien sino en estar haciendo algo que llene la vida. La felicidad es inseparable del sentido de la vida, y la muerte da sentido y valor a cada minuto de la vida. El horizonte de la muerte nos obliga a seleccionar bien los elementos que son vitales para nuestra vida, y nos lleva a organizar nuestra escala de valores diferenciando bien entre fines y medios, entre lo que es importante para la vida y lo que es sólo secundario. La perspectiva de la muerte nos ayuda a ser libres, a no apegarnos excesivamente a las cosas que ejercen dominio posesivo sobre las personas y pueden ahogar nuestras ansias de felicidad y libertad.

El ser humano es mortal pero su vida está abierta a la inmortalidad, a la pretensión de inmortalidad. Lo que yo soy es mortal, pero quien yo soy consiste en pretender ser inmortal. *Todo el mundo está seguro de que morirá, pero nadie puede estar seguro de que con la muerte terminará absolutamente su realidad. La seguridad de la muerte no es, ni puede ser, la seguridad de la aniquilación... Del grado y el tipo de esperanza en la perduración depende el sentido de la felicidad.*

G) Educar para la Vida y el Amor

El sentido de la vida y la felicidad brotan de ese sentido de amor que se encuentra alojado en la esencia del ser humano: la condición humana, según el filósofo Julián Marías, reside en que el hombre es intrínsecamente amoroso, es realidad amorosa. Sólo se sienten realizadas las personas capaces de amar en entrega generosa. La condición intrínseca del amor es la permanencia; el amor nunca muere y se proyecta para siempre sobre la persona amada. *El amor es más fuerte que la muerte*, dice la Biblia. Parece comprobado que los hombres y mujeres que más aman son los que viven mejor el sentido de la vida y de la muerte, y los que mayor provecho obtienen de sus pretensiones de inmortalidad. Por eso cuando en este mundo se pierde un gran amor, la consecuencia capital es que se ama menos todo lo demás y no dan ganas de seguir viviendo. Es necesario poder amar por siempre, y por lo mismo es necesario vivir después de la muerte para que el amor no tenga fin.

Basados en el sentido de la vida que es satisfecho por el amor incondicional, el desafío que hoy nos anima es construir una sociedad de todas las generaciones, donde viejos y jóvenes tengan igual cabida. Sería un desperdicio y despilfarro prescindir de personas mayores que son un capital humano cada vez más necesario para ayudar a los jóvenes a desarrollarse y realizarse como personas.

Los valores vuelven a estar de moda, y las reformas educacionales de muchos países, con sus famosos *valores transversales* nos recuerdan esta verdad. Desde la cosmovisión de los valores será posible comenzar el nuevo siglo con una perspectiva más amorosa, y fomentar tanto desde la educación institucionalizada (escuelas) como desde la informal y las familias, toda una ambientación globalizada que nos lleve a valorar en serio los carismas de los ancianos saludables:

- **Gratuidad:** no todo se ha de medir con el parámetro de la eficiencia; ante una sociedad demasiado ocupada necesitamos del testimonio gratuito de amor procedente de los ancianos.
- **Memoria:** recordar las propias raíces es ser fieles a sí mismo; si se pierde el sentido de la historia se pierde la propia identidad. El diálogo de las generaciones permitirá guardar viva la memoria para que no se repitan los errores del pasado, y nos animemos con sus aciertos.
- **Experiencia:** la técnica y la ciencia no pueden reemplazar la experiencia. Hoy vivimos con muchas prisas, agitación, precipitación y neurosis. El anciano capta bien la superioridad del ser a la del hacer y tener; su presencia permite una visión más completa de la vida, y nos ayuda a valorar la sencillez, el silencio y contemplación.

De los carismas propios de la ancianidad podemos obtener elementos válidos para la humanización del tercer milenio. Todos somos necesarios; nadie está de sobra en la humanista universalidad del amor.

3.6. Informe a la Comisión de Atención a la Tercera Edad, Jubilados y Pensionados de la II Asamblea Legislativa * Asa Cristina Laurell; Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2001.

Introducción

El Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal es un programa social prioritario del gobierno de la ciudad que fue dado a conocer mediante un Acuerdo, publicado en la Gaceta Oficial el 6 de febrero de 2001. Es un componente central de la política integral de protección social a los Adultos Mayores residentes en la capital que se fundamenta en los ordenamientos de la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores, que entra en vigor en marzo de 2000 así como en la Ley de Salud para el Distrito Federal, expedida en diciembre de 1998. La dependencia responsable de la operación del Programa es la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Apoyo al Adulto Mayor.

Esta dirección cuenta con personal de estructura especializada en problemas geriátricos y gerontólogos. El personal operativo de campo son 1,200 educadoras de salud, 94 capacitadores y 19 coordinadores regionales distribuidos en las 16 delegaciones proporcionalmente al número de beneficiarios. Durante el año las educadoras han realizado cerca de 8 millones de visitas domiciliarias en distintas etapas del Programa para censar las Unidades Territoriales, verificar datos, entregar tarjetas, visitar a los adultos mayores y a sus familias.

* La estructura de este informe responde a las preguntas formuladas por la Comisión de Atención a la Tercera Edad, Jubilados y Pensionados.

3.6.1. Avances en el Cumplimiento de la Ley de Salud del Distrito Federal en lo Relacionado con los Adultos Mayores

Los artículos de la Ley de Salud aplicables al grupo de Adultos Mayores son el 1bis fracción II a V; el sexto con referencia al artículo decimotercero a) de la Ley General de Salud; el artículo octavo incisos IX y X; y el artículo decimocuarto inciso III; el artículo decimosexto bis fracción III y IV y 3.I.

a) La extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios a los adultos mayores

La extensión se ha realizado mediante el componente del Programa de servicios y medicamentos gratuitos en todas las unidades médicas de la Secretaría de Salud a través de los 26 hospitales, 210 centros de salud y 10 Clínicas de Especialidad, que abarca a todos los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal. La importancia de este programa consiste en eliminar el obstáculo económico al acceso a los servicios de salud, lo que significa que el adulto mayor puede acceder al tratamiento oportuno y adecuado sin costo alguno. Asimismo, se otorga consulta a los adultos mayores en un horario especial, se ha capacitado al personal para lograr un trato digno y respetuoso y se ha incorporado a aquellos adultos mayores, que así lo desean, en grupos de autoayuda según sus necesidades o enfermedades.

Para el año 2002 se amplió el programa con visitas domiciliarias a los adultos mayores para diagnosticar sus problemas sociales y de salud a fin de referirlos a los centros de salud para su tratamiento y eventual referencia a servicios de segundo nivel. También, se realizarán pláticas con los adultos mayores y sus familiares sobre problemas de salud y el uso correcto de los medicamentos. En los casos que el adulto mayor no se puede trasladar al centro de salud se dará consulta a domicilio.

b) Garantía de la existencia y disponibilidad del cuadro básico geriátrico y su distribución a la población en general.

La política de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) respecto a los medicamentos, se fundamenta en garantizar su uso seguro, suficiente y racional. Por tal motivo sólo se proporcionan medicamentos previa consulta del personal médico de la Secretaría y se explica a los pacientes cómo tomarlos para evitar su uso inadecuado y sobre sus posibles reacciones adversas.

Para preparar el inicio del programa de medicamentos gratuitos para los adultos mayores se consensó con un grupo de médicos de la institución un cuadro geriátrico para el primer y segundo nivel de atención. A raíz de ello se cuenta con 38 claves de uso geriátrico entre las 90 claves en el primer nivel y 131 claves de uso geriátrico entre las 410 claves del segundo nivel. De junio a la fecha se tiene un abasto de medicamentos de alrededor del

95 por ciento y sólo faltan algunas claves de poco uso que no se consiguen en el mercado (ver anexo 2). Adicionalmente, existe la posibilidad de comprar medicamentos fuera del cuadro de medicamentos autorizados cuando se cuente para ello con una indicación médica.

Cuadro 2

Distribución de beneficiarios por Delegación al 31 de diciembre de 2001

Delegación	Personas
Azcapotzalco	15,106
Coyoacán	18,153
Cuajimalpa	3,253
Gustavo A. Madero	47,983
Iztacalco	15,605
Iztapalapa	43,828
Magdalena Contreras	6,351
Milpa Alta	3,063
Álvaro Obregón	18,982
Tláhuac	7,363
Tlalpan	13,307
Xochimilco	9,882
Benito Juárez	3,995
Cuauhtémoc	15,379
Miguel Hidalgo	11,175
Venustiano Carranza	16,575
Total	250,000

El método de incorporación al programa fue de "focalización territorial" partiendo de la clasificación de las 1,352 Unidades Territoriales (UTs) según su grado de marginación; de la UTs el 6 por ciento son de muy alta marginación, el 26 de alta marginación, el 45 de media marginación, 18 de baja marginación y 6 por ciento de muy baja marginación. Los criterios de inclusión en el programa fueron vivir en una de las UTs seleccionadas, tener residencia en el DF desde hace tres años y tener 70 años o más. Para construir el padrón se censaron las UTs en la siguiente orden: muy alta, alta, media y "bolsones" de pobreza en las de baja y muy baja marginación. En este mismo orden fueron incorporados los nuevos beneficiarios y como se observa en el cuadro 3 hay una cobertura decreciente del porcentaje de la población de 70 o más años en cuanto baja el grado de marginación.

Esto nos comprueba que la tarjeta está llegando en primer término a los adultos mayores de mayor necesidad.

Adicionalmente, los adultos mayores podían inscribirse a través de los centros de salud. Las personas preinscritas fueron visitadas por las educadoras de salud para verificar que cumplieran con los requisitos. Además se ha dado atención a 21,845 demandas ciudadanas de queja o solicitando su incorporación al Programa y resuelto su caso en función de los criterios preestablecidos.

En enero del 2002 se levantó una encuesta representativa aleatoria a 2,200 beneficiarios del programa para evaluar su impacto y detectar problemas. En cuanto a los beneficios de la tarjeta cabe mencionar que el 90 por ciento reportó que su alimentación ha mejorado, el 79 por ciento que puede comprar productos que antes no alcanzaban, el 71 por ciento que se siente más seguro, el 61 por ciento que le ha ayudado a ser más independiente, el 38 por ciento señala que le ha mejorado la relación con su familia, y el 23 por ciento que sale más frecuentemente de su domicilio. Además, de esta evaluación cuantitativa, se han recibido cientos de cartas en las cuales los beneficiarios expresan su satisfacción con el programa; la dignificación que le ha significado; y el agrado con el contenido del programa que no les obliga a pasar por un complicado proceso burocrático y la denigrante comprobación de su pobreza o necesidad. En la encuesta, el 74 por ciento reporta que las educadoras los han tratado muy bien y un 25 por ciento bien. Asimismo, se desprende de la encuesta que la explicación del convenio y del uso de la tarjeta fue interpretado correctamente por más del 95 por ciento de los beneficiarios.

En cuanto a los problemas detectados, un 25 por ciento ha extraviado el convenio firmado cuando recibió su tarjeta, y en muy pocos casos se ha rechazado la tarjeta en la tienda o no les reconoce la firma. Finalmente, la encuesta reporta que en un porcentaje bajo, la tarjeta le ha causado conflictos con algún familiar.

c) Políticas de Coordinación

La Secretaría de Salud forma parte de la instancia de coordinación entre los sectores públicos, sociales y privados que es el Consejo Asesor para la Integración, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Coordina la Mesa de Trabajo de Salud del Consejo. Participa activamente con el Instituto de

Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social en actividades de asesoría médica y apoyo de medicamentos.

Se participó activamente en la organización y realización del evento el encuentro de las personas adultas mayores "Nuestros Derechos Avanzan con los Hechos" realizado el 1º de octubre del 2001 conjuntamente con la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social de la misma Secretaría.

Por otra parte, se hizo un censo en 25 asilos, que incluye a instituciones de asistencia privada, públicas, asociaciones civiles y religiosas en 11 delegaciones para incluirlos en el padrón de adultos mayores y se entregaron más de 300 tarjetas a quienes cumplieron con los requisitos.

Para el año 2002 se incorporaron los coordinadores regionales del Programa de Adultos Mayores a los 16 Comités delegacionales de adultos mayores con la finalidad de conjuntar esfuerzos y coordinarse en la programación y ejecución de actividades dirigidas al adulto mayor.

Las instancias federales instrumentan programas nacionales que se aplican en el Distrito Federal que no se sobreponen con los locales. Estamos en espera que la Secretaría de Salud Federal nos entregue la cartilla del Adulto Mayor para hacer la distribución. Sin embargo, la salida de INAPLEN de esta dependencia parece haber retrasado la entrega. La SSDF participa en un grupo de trabajo sobre programas de la tercera edad del Consejo Nacional de Salud, que agrupa a todas las secretarías estatales de salud.

3.6.2. Observancia de las disposiciones de la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores en lo que corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Las disposiciones de esta ley referidas a la Secretaría de Salud Respecto se establecen en el artículo doceavo, decimotercero y decimocuarto.

Respecto a lo estipulado en el artículo decimotercero se observa que los adultos mayores usuarios de los servicios de salud del GDF cuentan actualmente con un expediente clínico en el centro de salud de su adscripción. Está en elaboración la Cartilla

de Salud del Adulto Mayor y se distribuirá este año a través de las educadoras de salud. Los medicamentos requeridos por los adultos mayores se proporcionan a través del componente de gratuidad de servicios y medicamentos del Programa. Una de las políticas del Programa es fomentar redes de autoayuda. Así mismo la capacitación del personal en el cuidado de los adultos mayores y la referencia a sus instalaciones de atención especializada y rehabilitación funciona como una incipiente red de servicios.

Por lo que corresponde al artículo decimotercero, la instrumentación del programa de gratuidad de servicios médicos y medicamentos abre el acceso a los servicios de atención médica que proporcionan la SSDF sin necesidad de la celebración de convenios especiales. Se está cumpliendo con lo estipulado en el artículo decimocuarto a través del programa de capacitación instrumentado por la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor. En su primera etapa, la capacitación abarcó cerca de cinco mil trabajadores de la SSDF. Posteriormente, se han impartido 13 talleres y seminarios al personal del nivel central, jefes de distintos servicio y a los coordinadores y capacitadores del Programa de Educación para la Familia, así como a adultos mayores organizados del Distrito Federal.

En el contexto de la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores cabe señalar que el *Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal* operado por la Secretaría de Salud se fundamenta en los artículos quinto, décimo y doceavo de la mencionada ley.

3.6.3. El Derecho Ciudadano a una Pensión Universal

Garantizar la supervivencia y el cuidado de las personas que no pueden o quieren trabajar por su avanzada edad ha sido uno de los cometidos más importantes de los sistemas públicos de protección social desde el inicio del siglo XX. Hoy prácticamente todos los países desarrollados y de desarrollo medio cuentan con sistemas de cobertura universal en este rubro.

La seguridad económica de las y los adultos mayores se está convirtiendo en un problema social de primer orden en México, no sólo por razones éticas y de solidaridad, sino porque concierne a un número creciente de personas. El tema álgido de la protección social de los adultos mayores en México es la restringida cobertura de los sistemas de

pensiones --sólo el 30 por ciento de los adultos mayores cuenta con ella-- y de su dependencia de la relación laboral formal. La sociedad mexicana no ha asumido esta nueva realidad que requiere de soluciones colectivas y públicas. Ni las familias ni el mercado pueden enfrentar exitosamente la creación de condiciones seguras y dignas que permitan a los adultos mayores disfrutar de sus últimos años de vida. Existe, además, una amplísima literatura científica que demuestra que las políticas universalistas instrumentadas por instituciones públicas tienen una eficacia social mucho mayor que las políticas de mercado complementadas con políticas selectivas de asistencia social.

La reforma del IMSS de 1995 no atacó el problema social que un sistema de pensiones debería resolver porque no incluye ningún mecanismo para ampliar la cobertura poblacional de jubilación. Al contrario, los nuevos requisitos de cotización para jubilarse hacen suponer que una proporción menor de los adultos mayores contarán con este beneficio en el futuro.

Si el problema es la desprotección social de la mayoría de los adultos mayores, la solución no puede ser otra que cubrir de nuevos beneficios a todo este grupo. Tenemos que plantear como un punto de llegada el derecho ciudadano a una pensión universal. Es posible hacerlo sin alterar mayormente las finanzas públicas. El costo para la nación de otorgarles una pensión de un salario mínimo a todos los ciudadanos mayores de 65 años sería el 1.16 por ciento del PIB, o sea, aproximadamente lo que erogamos para financiar el costo de transición de la privatización del actual sistema de pensiones del IMSS. Si se decidiera pensionar inicialmente a los mayores de 70 años el costo sería el 0.73 por ciento del PIB. Para no alterar estos porcentajes respecto al producto nacional se necesitaría crecer alrededor del 4 % anualmente lo que es razonable.

El actual sistema de pensiones permitirá asegurar una pensión de aproximadamente un salario mínimo a una cuarta parte de los adultos mayores mientras que la pensión universal lo garantizaría a todos y estamos hablando de porcentajes del PIB que cabrían dentro de los márgenes de posibilidad de un país con el desarrollo de México.

El derecho a la pensión universal ciudadana significa que todo ciudadano y ciudadana de determinada edad recibe una pensión haya o no hecho aportaciones a un fondo de pensiones. Este derecho se sustenta en que, con poquísimas excepciones, toda

la gente, hombres y mujeres, han contribuido a la sociedad independientemente de haber tenido una relación laboral formal. Es de justicia elemental que la sociedad les proporcione cierta seguridad económica durante su vejez.

Por otra parte, todos pagamos impuestos, aunque sólo sea a través del IVA, y a todos los mexicanos nos corresponde una parte de los impuestos sobre bienes nacionales como es, por ejemplo, el petróleo. Esta proposición alternativa es, como se puede observar, factible y no entraña mayor costo fiscal y más riesgos imponderables que el actual sistema. Tiene en cambio una eficacia social mucho mayor y cumple con el anhelo de garantizar a todos y todas una vejez menos precaria.

La pensión universal ciudadana no es la única política que se requiere para solucionar la compleja problemática de los adultos mayores pero es una primera medida indispensable. El *Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal* es el primer paso en este camino y es el programa universal para los adultos mayores más ambicioso de México. El número acumulado de beneficiarios por mes.

3.6.4. Evaluación de resultados de 2001 del componente de Gratuidad de Servicios Médicos y Medicamentos

El Acuerdo a través del cual se crea el *Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal* señala que todos los adultos mayores de 70 años recibirán servicios médicos y medicamentos gratuitos en las unidades médicas de la SSDF. En el período marzo a diciembre se otorgaron en los Centros de Salud 123,497 consultas generales y especializadas así como 9,528 consultas odontológicas. Se realizaron en el mismo periodo 71,951 exámenes de laboratorio clínico y 13,390 estudios de rayos-X. La distribución de los servicios otorgados de marzo a diciembre de 2001 por jurisdicción sanitaria se presenta en el anexo 4.

Cuadro 4

Productividad registrada en 2001

Consultas Geriátricas	2,538
Consultas odontológicas	1,696
Atenciones en gericultura	1,554
Cirugías oftalmológicas	40
Consultas de psicología	270
Trabajo social	504

Con la finalidad de conocer la distribución por sexo de las consultas y la morbilidad más frecuente se hizo un análisis a fondo de las consultas realizadas en el periodo de octubre a diciembre de 2001. Se encontró que el 66.4 por ciento de las consultas son de mujeres y el 33.6 por ciento de hombres; dato que coincide cercanamente con las proporciones en la población de este grupo de edad. Resulta interesante observar que no se da la diferencia por sexo generalmente encontrada donde las mujeres acuden más a la consulta que los hombres.

En cuanto a la patología atendida se encuentran en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con un 21.4 por ciento, seguidos por la hipertensión con el 10.9 por ciento, en tercer lugar los padecimientos del sistema osteo-muscular con el 7.6 por ciento y en el cuarto lugar la Diabetes Mellitus con el 7.4 por ciento. Se constata que no aparece entre las principales causas de morbilidad las enfermedades cardio-vasculares, de los ojos y del oído o la depresión, por lo que se está ampliando en este momento la capacidad de atender estos padecimientos en el primer nivel.

Actualmente, se está haciendo el análisis de la atención hospitalaria en función de la edad, el padecimiento y el tipo de tratamiento por lo que no se puede evaluar todavía el impacto del programa en este nivel respecto a los adultos mayores. Cabe señalar que están inscritos 170 mil familias en el padrón del Programa General de Gratuidad de Servicios y Medicamentos.

De la encuesta de evaluación arriba mencionada, se desprende que entre los beneficiarios sólo el 60 por ciento tienen conocimiento de su derecho a los servicios

médicos y medicamentos gratuitos, y el 32 por ciento los ha utilizado. El 36 por ciento usa los servicios de seguridad social y el 32 por ciento no ha necesitado acudir al médico.

3.6.5. Evaluación de resultados de la Unidad Geriátrica ubicada en el Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón

Esta unidad de atención cuenta con consultorios para geriatría, servicios de oftalmología, odontología, gericultura, trabajo social, servicio de apoyo de ortopedia, radiología y laboratorio. Asimismo, ofrece tres vertientes de trabajo: asistencia médica de primer nivel, investigación y docencia de pregrado.

Como partes de los programas de fomento a la salud se ha brindado atención integral a los pacientes en la que confluye el trabajo coordinado de geriatría, enfermería, trabajo social y psicología. Asimismo, resalta la conformación de clubes para orientación y apoyo de los adultos mayores acerca de padecimientos como diabetes, hipertensión, entre otros aspectos

Respecto a las actividades académicas y de investigación se encuentra:

- Enseñanza formativa de pregrado: oftalmología, nutrición en geriatría, y especialidad en geriatría.
- Enseñanza continua: Reuniones científicas extramuros, Programa de geriatría y sesiones clínicas generales en la Unidad.
- Enseñanza comunitaria: educación para el autocuidado y fomento a la salud de los pacientes, Formación de cuidadores primarios.
- Diversos cursos técnicos de actualización con especialidad en geriatría, gerontología, entre otros.

Cabe mencionar que en los centros de salud también se realizan diversas acciones de promoción y fomento a la salud de los adultos mayores a través de orientación sobre padecimientos más frecuentes en este grupo de edad.

3.6.6. Presupuesto asignado a los programas de adultos mayores

Como es de conocimiento de esta Asamblea Legislativa, los recursos presupuestales que soportaron el componente de apoyo alimentario del Programa de Adultos Mayores,

provinieron de los ahorros obtenidos con el Plan de Austeridad Republicana del Gobierno del Distrito Federal. Estos recursos fueron canalizados al Programa 44 "Primero los Pobres" en el capítulo 4000 Transferencias. De marzo a diciembre del 2001 se destinaron \$1,164.5 millones con los cuales se dio cobertura a 250 mil adultos mayores. Cabe destacar que el mecanismo de transferencia de recursos a cada una de las tarjetas electrónicas de los beneficiarios, se realizó a través de dispersión automática de los recursos presupuestales. Con este procedimiento el GDF no erogó recursos adicionales en trámites administrativos para dicha dispersión, tampoco invirtió para la producción de los plásticos, ni para su reposición en caso de robo o extravío. Es decir, la totalidad del presupuesto destinado al componente de apoyo alimentario se orientó en beneficio de los adultos mayores. En el cuadro 5 se detalla el presupuesto ejercido por delegación política.

Cuadro 5

Presupuesto por Delegación marzo a diciembre de 2001

Delegación	Presupuesto (en pesos) ejercido acumulado
Azcapotzalco	75,826,800
Coyoacán	87,247,800
Cuajimalpa	17,842,800
Gustavo A. Madero	243,607,200
Iztacalco	18,880,800
Iztapalapa	218,311,800
Magdalena Contreras	30,370,200
Milpa Alta	16,981,800
Álvaro Obregón	97,437,600
Tláhuac	40,680,600
Tlalpan	62,256,000
Xochimilco	49,954,800
Benito Juárez	13,509,000
Cuauhtémoc	56,251,200
Miguel Hidalgo	52,337,400
Venustiano Carranza	83,077,200
Total	1,164,573,000

Por lo que respecta a los medicamentos gratuitos para los adultos mayores de 70 años, la Secretaría asignó 38 claves de uso geriátrico para el primer nivel de atención, con un costo estimado de \$5.2 millones. Para el segundo nivel destinó 131 claves por \$16.9 millones de pesos, aproximadamente. Como se observa, en el 2001, se previó un abasto de medicamentos específicos para este grupo de población por \$22.2 millones a los que se añaden los medicamentos de uso general. Con estas previsiones, esta Secretaría garantiza los medicamentos para los adultos mayores cubiertos, con una suma promedio esperada de \$111.13 por adulto cubierto por año. Las tendencias de demanda de servicios de salud indican que en el 2002 el 80 por ciento de esta población los recibirá.

Es importante subrayar que el gasto en personal y administrativo de ambos componentes del *Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal* corre a cargo del gasto ordinario de la SSDF. Esto señala que la política del Jefe de Gobierno de garantizar que los recursos de los programas lleguen directamente a sus beneficiarios y no se queden en estructuras burocráticas costosas se está cumpliendo. Esto se refuerza por el hecho de que comparando el costo de operación del Programa --personal y administración-- con los beneficios directos es sólo del orden del 8 por ciento.

3.6.7. Iniciativa de reformas y adiciones a la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal

Respecto a la iniciativa que se comenta, esta Secretaría considera que no existe necesidad de actualizar esta norma cuando apenas tiene escasos dos años de haber sido emitida, y aún falta dar los pasos necesarios para ponerla plenamente en operación.

El argumento respecto de la necesidad de cambiarla debido a modificaciones sociales que supuestamente ya no cubre dicha Ley, es falsa, ya que en dos años no se observan cambios sustanciales en los problemas sociales, económicos y culturales que afectan a los adultos mayores.

Por otro lado, tal iniciativa propone la creación del Instituto de Atención y Servicios para los Adultos Mayores del Distrito Federal, con el cual se considera que se dará solución a una serie de problemas en la aplicación de la Ley vigente, tales como: su escasa difusión,

ausencia de los programas contemplados en ese ordenamiento y de los recursos para su funcionamiento, así como la inexistencia del Consejo Asesor para la Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores y la inexistencia de los Consejos Asesores respectivos en las Delegaciones Políticas.

Al respecto, consideramos que gran parte de los problemas que se mencionan en la iniciativa, podrían atenderse mediante otros mecanismos, tales como la reglamentación y la vigilancia del cumplimiento de las normas; una mayor participación de la sociedad civil, y de los distintos niveles de gobierno; una mayor difusión de la Ley en ámbitos culturales más amplios, para que sea la propia sociedad quien vigile su cumplimiento.

En cambio, la propuesta de crear nuevas estructuras de gobierno puede conducir a la duplicidad de instancias burocráticas y técnicas, y hacer más difícil la identificación de los servicios y productos concretos que se pretenden entregar a los adultos mayores. Por otro lado, se corre el riesgo de sobreponer niveles de gobierno de índole distinta, además no siempre el crecimiento de las estructuras va asociado a un manejo más eficiente y eficaz de los problemas que se pretende resolver, además de encarecer el costo de los servicios y reducir en la práctica, los recursos que debieran aplicarse directamente a los grupos a quienes están destinadas las acciones.

Se señala además, entre otras cosas, que el Instituto será la instancia que garantice y vigile la atención a adultos mayores y resuelva los problemas de atención de dicho grupo, sin embargo otros marcos normativos y la Ley vigente en la materia establecen el cumplimiento de estas responsabilidades principalmente por el DIF y por la Secretaría de Desarrollo Social

3.7. Familias y Envejecimiento: Oportunidades y Desafíos". Tema del día Internacional de las Familias, 14 y 15 de Mayo 2002 Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, en el Día Internacional de las Familias.

El tema del Día Internacional de las Familias este año es "Familias y Envejecimiento: Oportunidades y Desafíos". En abril, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento reconoció que la humanidad está atravesando una transformación demográfica sin precedentes. En los próximos cuarenta y ocho años el número de personas de edad aumentará de 600 millones a casi dos mil millones. Tal revolución representa enormes retos en un mundo que ya se está transformando por los efectos de

la globalización, la migración y los cambios económicos. A medida que se incrementa el número de personas que se trasladan a las ciudades, las personas de edad pierden el tradicional apoyo familiar así como sus redes sociales, además de que corren un mayor riesgo de quedar marginadas. La crisis del VIH/SIDA ha obligado a muchos adultos mayores en los países en desarrollo a hacerse cargo de los niños que han quedado huérfanos a causa de la enfermedad (actualmente existen en el mundo más de trece millones de huérfanos por el VIH/SIDA). En muchos países desarrollados está desapareciendo rápidamente el concepto que garantizaba seguridad social desde el momento de nacer hasta la muerte. La disminución del porcentaje de la población que es económicamente activa da lugar a que las personas de edad se encuentren en el grupo de mayor riesgo al tener que sobrevivir con pensiones y atención médica inadecuados.

Ante estos desafíos, debemos fortalecer nuestra decisión para construir una sociedad donde tengan cabida las personas de todas las edades. La familia debe ser la base sobre la cual se deben alcanzar estos objetivos. Las familias juegan un papel clave en la socialización y educación de las generaciones más jóvenes, además, son proveedoras de cuidado y apoyo a las generaciones mayores. Al ayudar a que las familias promuevan la participación activa de sus miembros de edad en la sociedad y en el desarrollo, podemos estar seguros de que la experiencia y valiosos dones de los adultos mayores serán de utilidad, además de que tendrán la oportunidad de seguir aprendiendo durante el resto de su vida. También, al fomentar el que las familias construyan redes de apoyo y ambientes propicios, podremos fortalecer los lazos de solidaridad entre generaciones, y así combatir los abusos, la violencia, la falta de respeto y la discriminación ejercidos en contra de las personas de edad. Podremos asimismo, ayudar a que los adultos mayores conserven su independencia por más tiempo si se trabaja en la creación de planes de salud accesibles y adecuados que contemplen medidas de salud preventiva.

Por encima de todo, debemos construir sobre el entendimiento de que la experiencia y sabiduría de las personas mayores conforman el verdadero sostén tanto de la sociedad como de la familia. Las personas de edad son las intermediarias entre el pasado, el presente y el futuro. Ellas enriquecen la vida de las generaciones más jóvenes y juegan un papel crucial en la unidad de la estructura familiar. En este Día Internacional de las Familias, comprometámonos a ayudar a las familias a aprovechar y a conservar ese gran tesoro.

3.8. Integración Familiar y Social de Grupos Vulnerables

El progreso de la sociedad implica mejorar las condiciones de vida de toda la población. Por ello, el Plan Estatal de Desarrollo 2000-2005 asume que la política social debe ser integradora de los esfuerzos, para superar la situación de desventaja social que guardan los más necesitados.

Esta política se sustenta en la atención a la familia y pugna por la reducción de la desigualdad y el incremento de las oportunidades, principalmente de los menores y jóvenes en circunstancias especialmente difíciles; las mujeres, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes.

A) Integración familiar

La familia en México ha demostrado ser una institución con fortaleza y capacidad propia para afrontar las adversidades. Sin embargo, en la dinámica social moderna existen diversos factores que pueden hacerla vulnerable; tal es el caso de los rezagos sociales, las crisis económicas y la falta de oportunidades. Por ello, el primer esfuerzo es mantener su unidad y ofrecerles a todos sus integrantes los elementos básicos para el pleno desarrollo humano.

En la medida en que las acciones institucionales incidan efectivamente sobre las responsabilidades y los derechos del individuo respecto a su entorno familiar, serán suprimidos los factores que pueden desintegrar el núcleo familiar. Por ello, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, en los Centros de Atención e Integración Familiar (CAIF) se ofrecen servicios de atención preventiva y psicoterapéutica para fomentar las relaciones interpersonales, el sentido de socialización, de pertenencia y de seguridad, así como la autoestima y la responsabilidad en cada uno de los miembros de la familia. En los 22 CAIF que existen en la entidad, en este año se atendió un promedio mensual de 24 mil personas.

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. SUPUESTO

Hay una modificación de las relaciones familiares del adulto mayor y su familia a partir de haber recibido la tarjeta plástica Cuenta-Despensa, ello ha propiciado que estos sean aceptados y reconocidos al interior de sus familias ya que aportan ingresos económicos y contribuyen a complementar el gasto familiar.

4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A) OBJETIVO GENERAL:

Identificar el comportamiento y cambio de actitud de los integrantes de la familia así como los factores, sociales, económicos y culturales que influyen para una mayor atención dirigida al adulto mayor posterior al haber recibido la Tarjeta Plástica Cuenta- Despensa.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Investigar los factores sociales, económicos y culturales, que establecen la dependencia del adulto mayor a la familia, previo a poseer la tarjeta plástica Cuenta-Despensa.
- ❖ Diseño y Elaboración de una Cédula, que permita recabar la información de la Dinámica Familiar del Adulto Mayor.
- ❖ Aplicación de la cédula a una muestra de adultos mayores, que han recibido la tarjeta plástica Cuenta-Despensa.
- ❖ Analizar la información recabada
- ❖ Elaborar un análisis de la dinámica familiar que se generó en las familias que viven en IZTACALCO

4.3. MARCO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Documental, analítico y descriptivo

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

a) TIEMPO

Enero a Diciembre del 2003

b) LUGAR

Área geográfica de la Delegación Política de IZTACALCO

4.4. POBLACIÓN A ESTUDIAR:

a) CRITERIOS DE SELECCIÓN:

15 000 Adultos mayores de ambos sexos de 70 años y más que están inscritos al programa de apoyo alimentario y medicamentos gratuitos, que viven en la Delegación Política de IZTACALCO que residen actualmente con sus familias y que están inscritos al programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos los adultos mayores que viven en IZTACALCO, menores de 70 años de edad, y que no estén inscritos al programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos y que no tengan la tarjeta plástica Cuenta-Despensa.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Investigación Documental
- Elaboración y Diseño de una Cédula
- Entrevistas
- Observación
- Interpretación de Resultados Estadísticos
- Elaboración de Cuadros y Gráficas
- Análisis de los Resultados

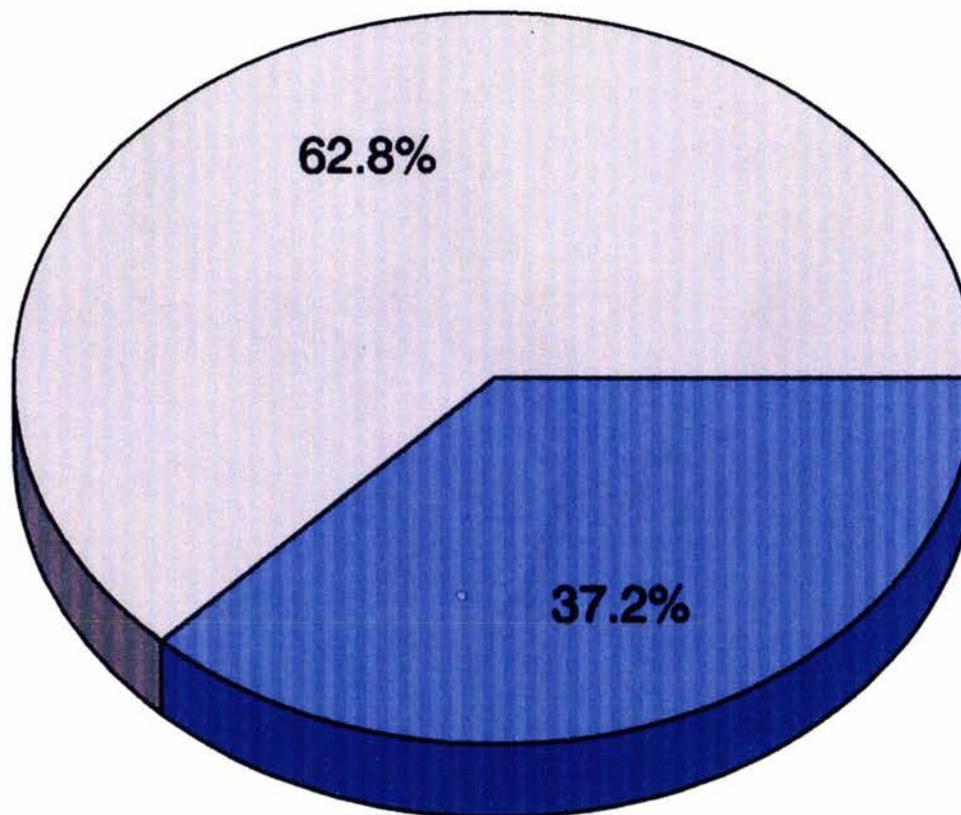
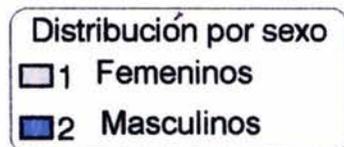
4.6. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Análisis se realizará a través de la estadística descriptiva con los programas EPI-INFO 2000, Harvard Gráfico, Excell y Word.

GRÁFICAS

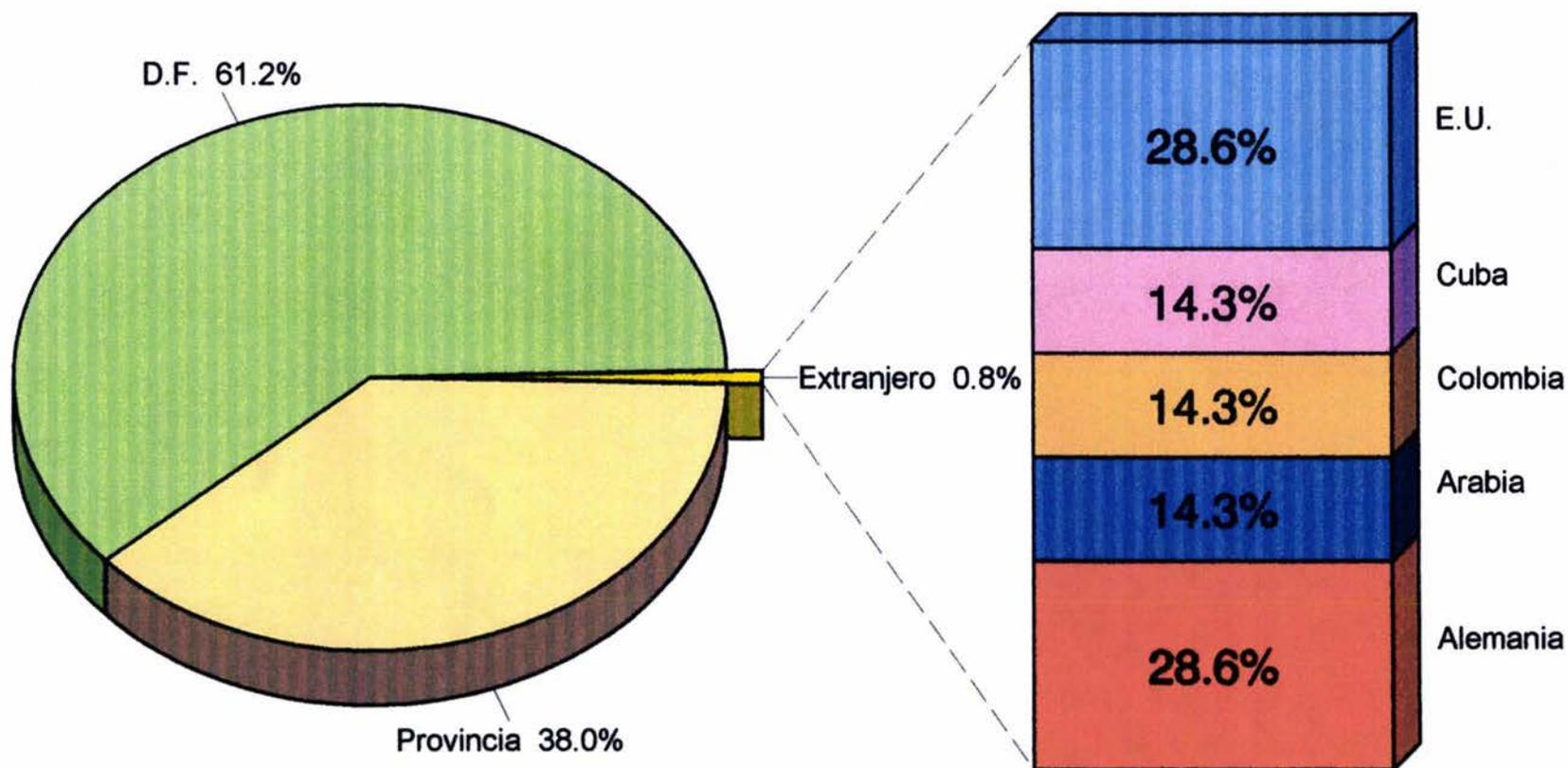
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por sexo



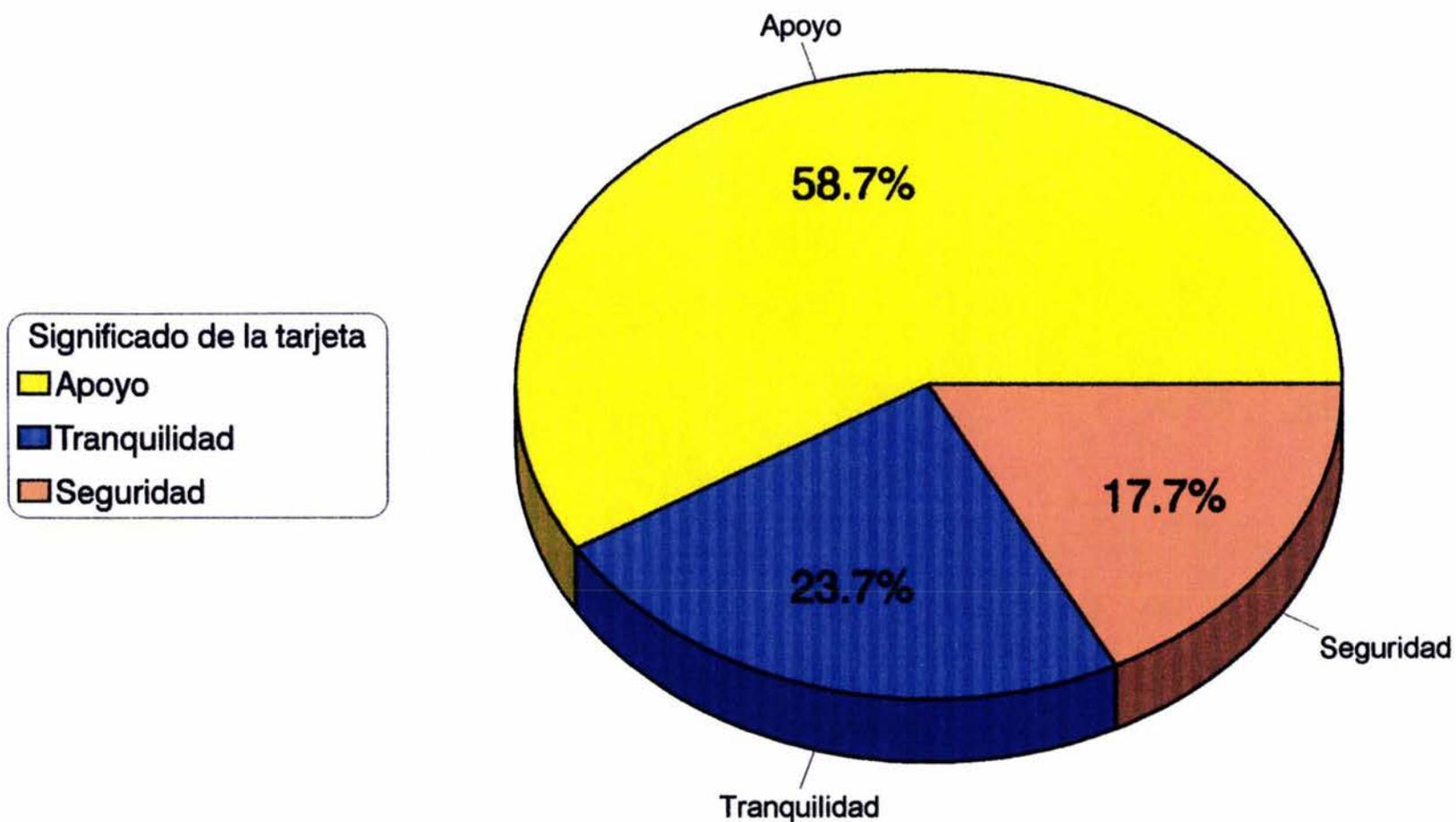
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por lugar de nacimiento



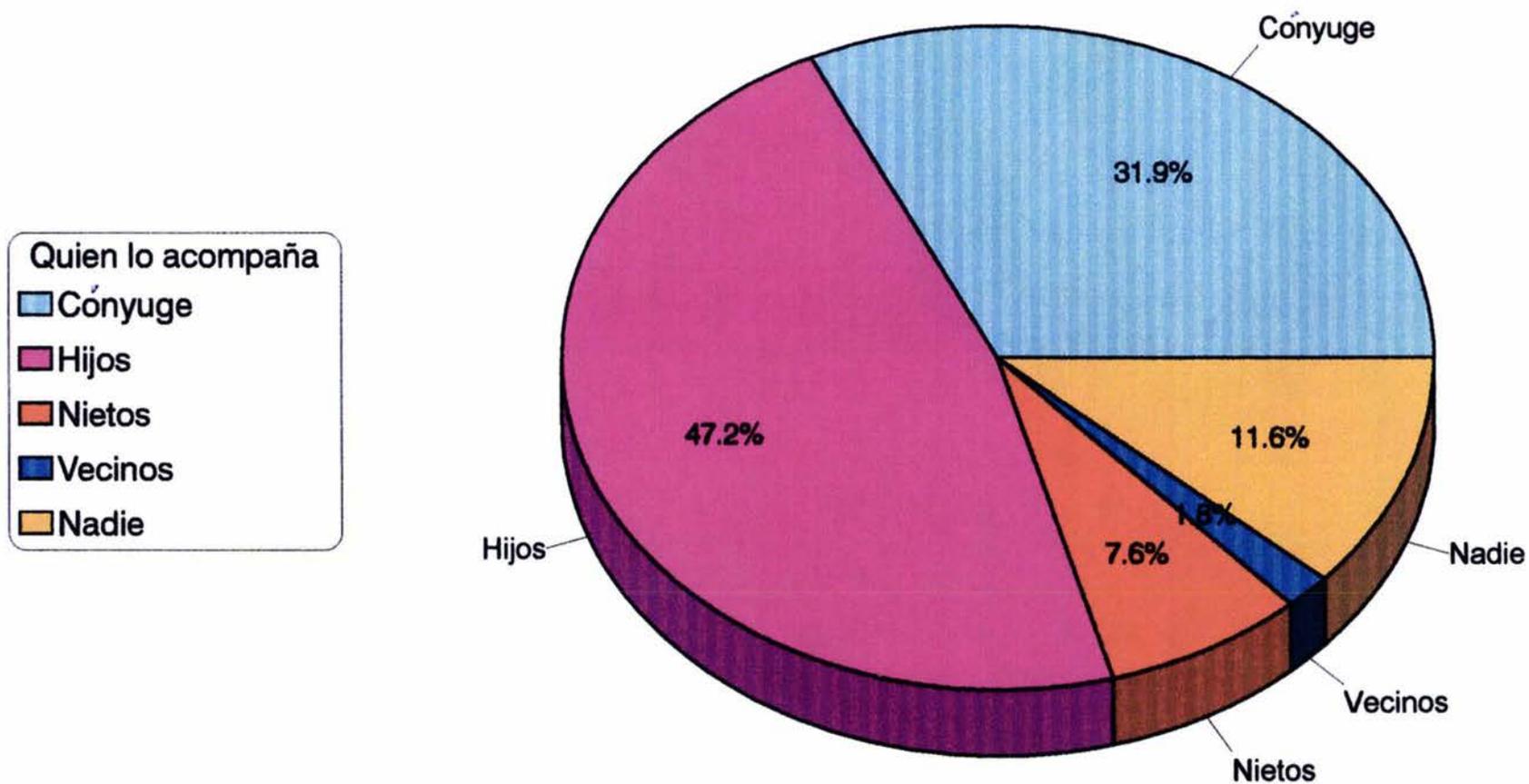
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por significado de la tarjeta



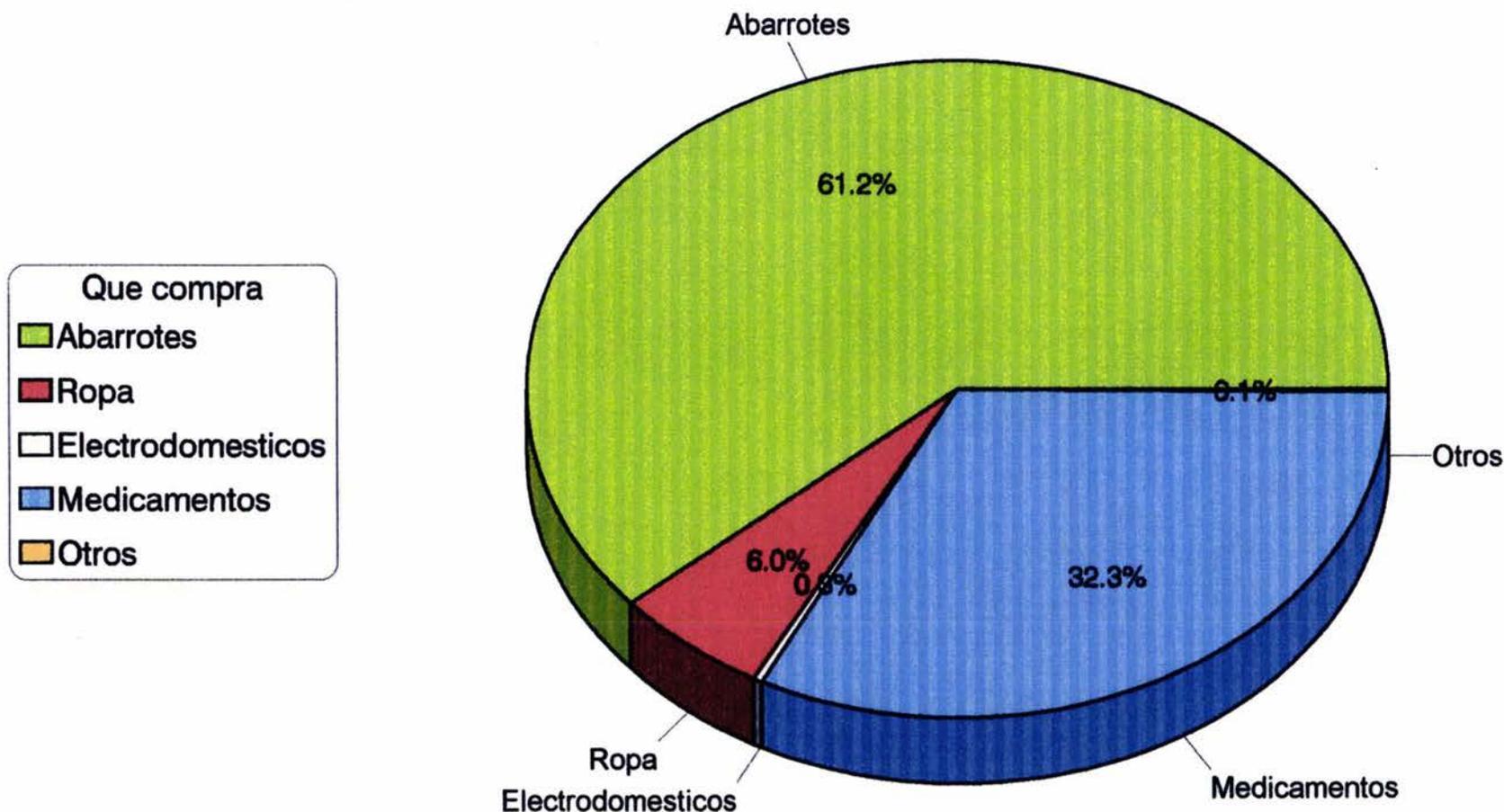
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por quien lo acompaña en sus compras



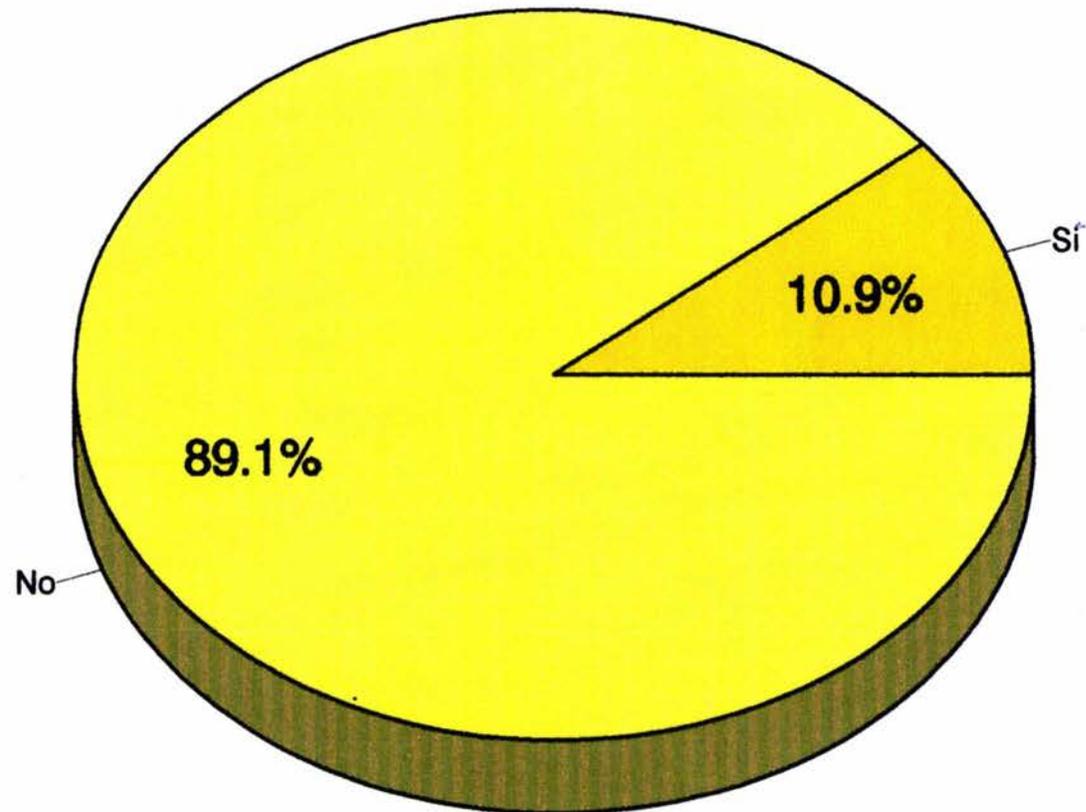
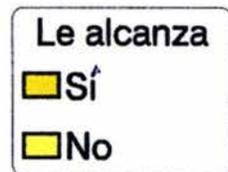
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por productos que compra



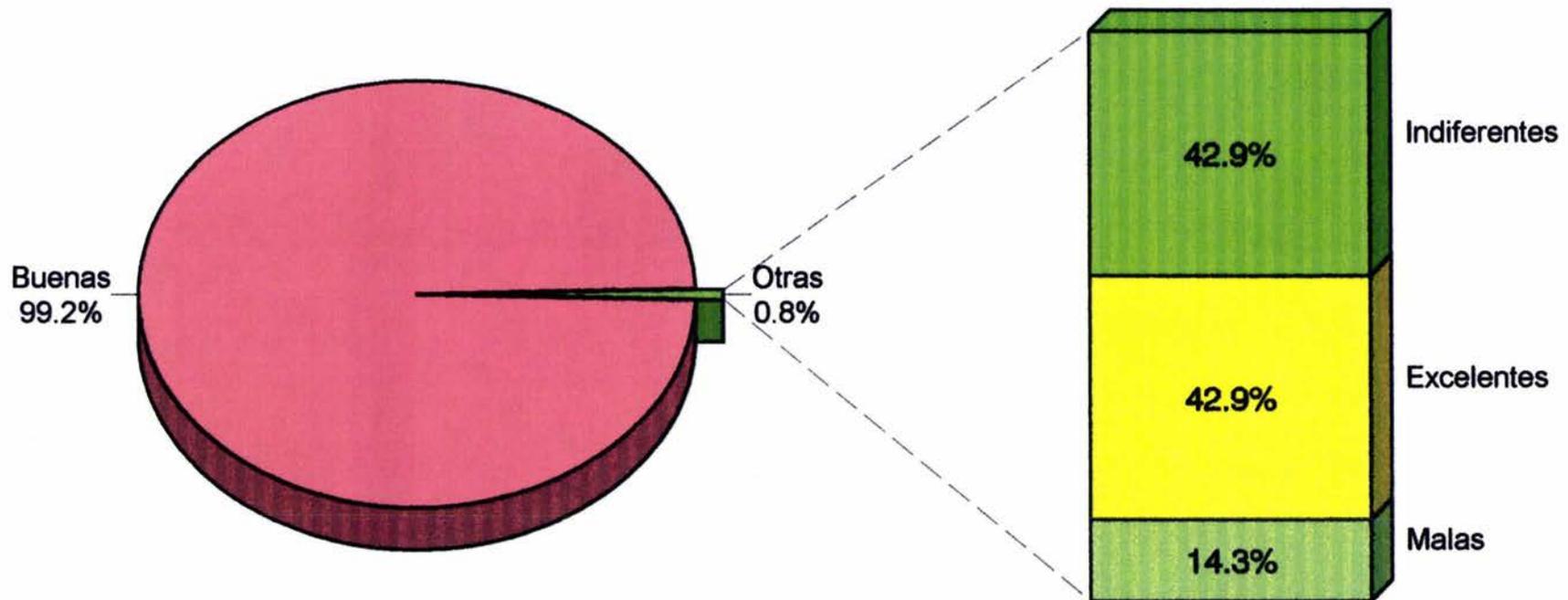
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada, le alcanza el dinero



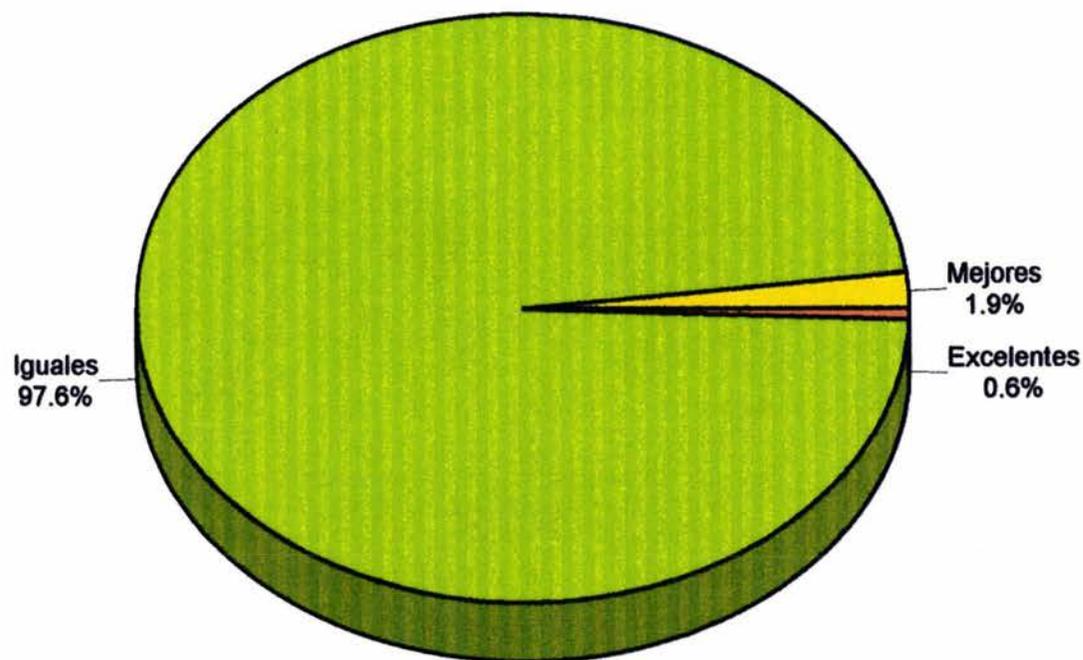
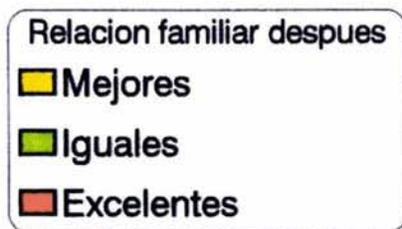
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tipo de relaciones familiares antes de la tarjeta



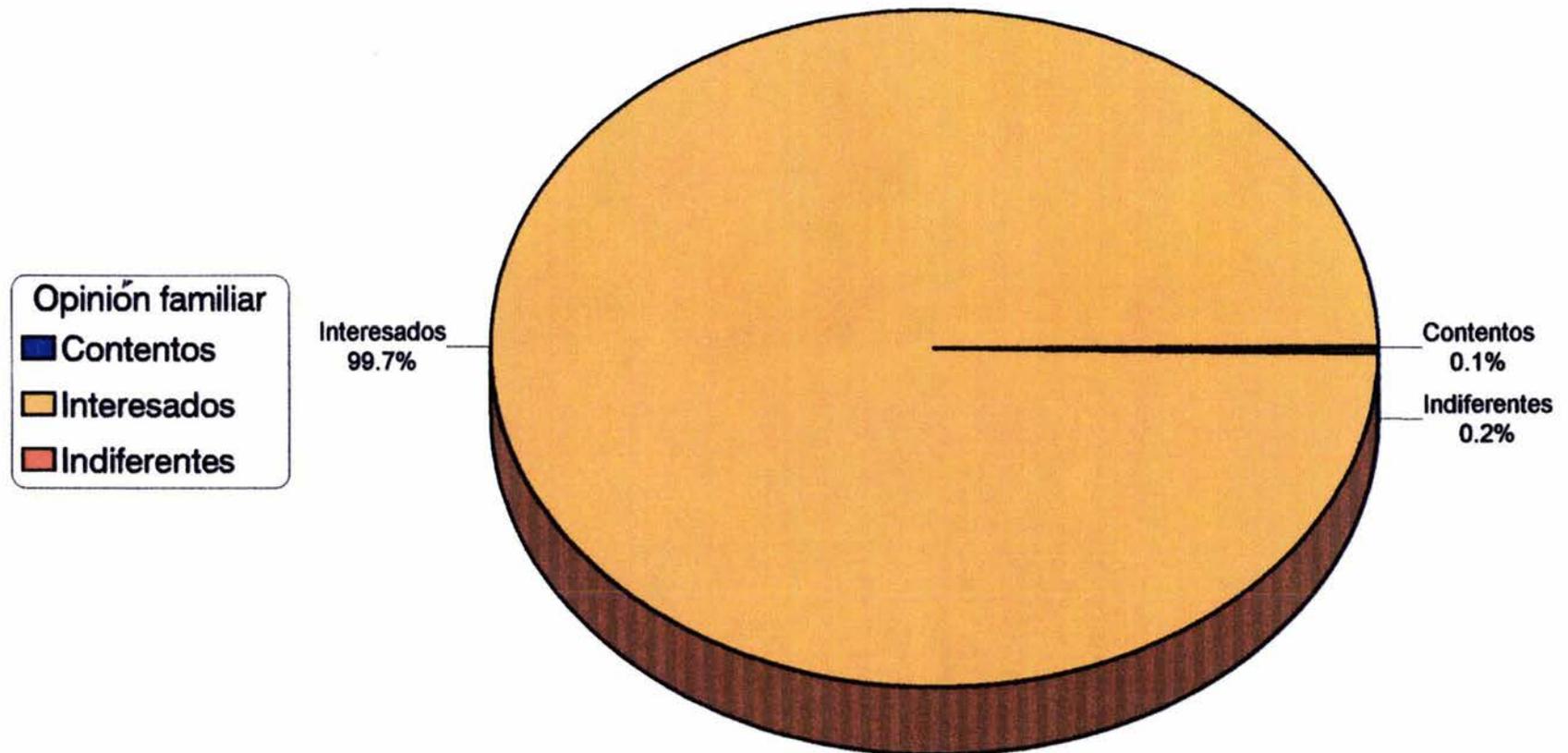
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tipo de relaciones familiares despues de la tarjeta



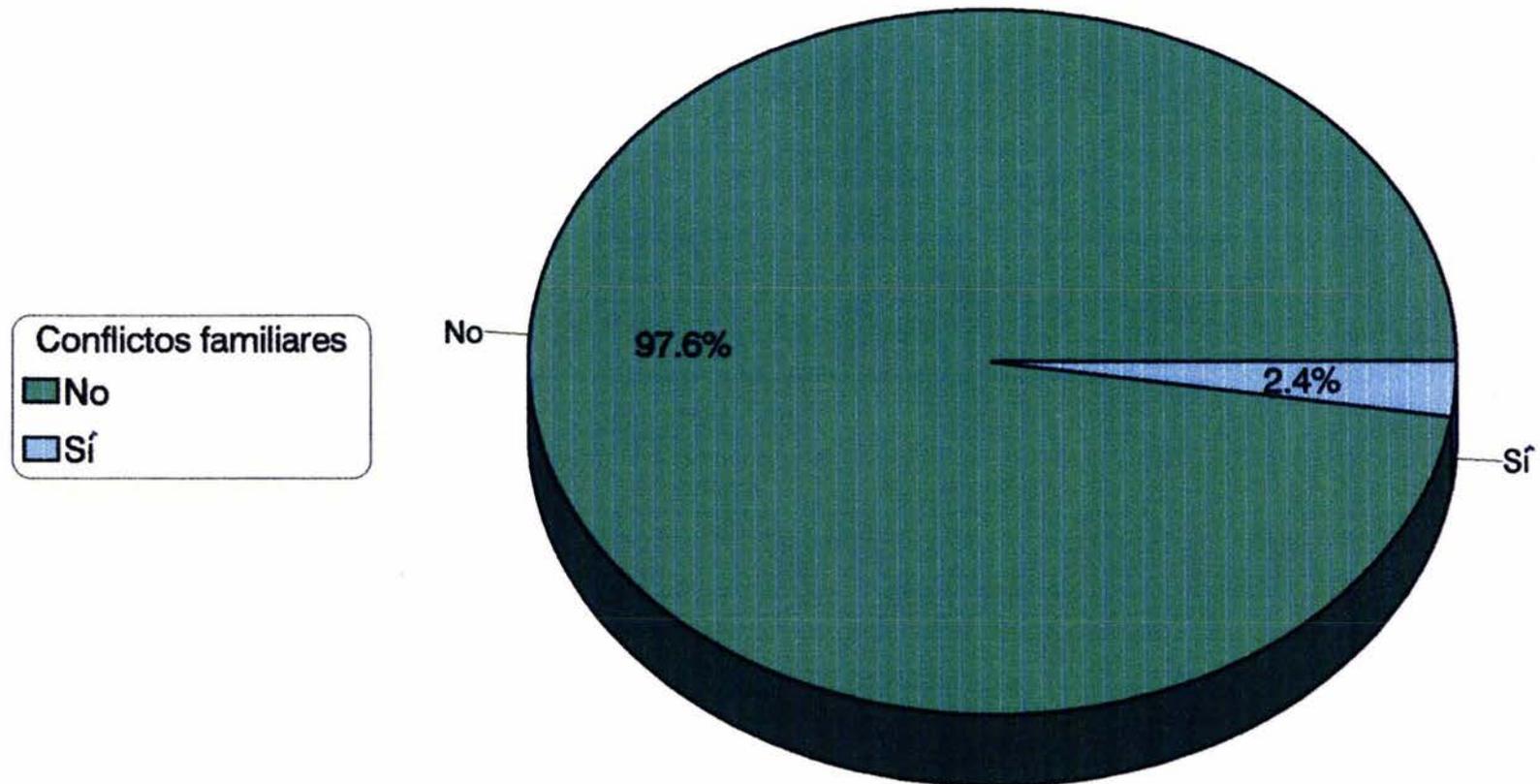
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por opinión familiar de la tarjeta



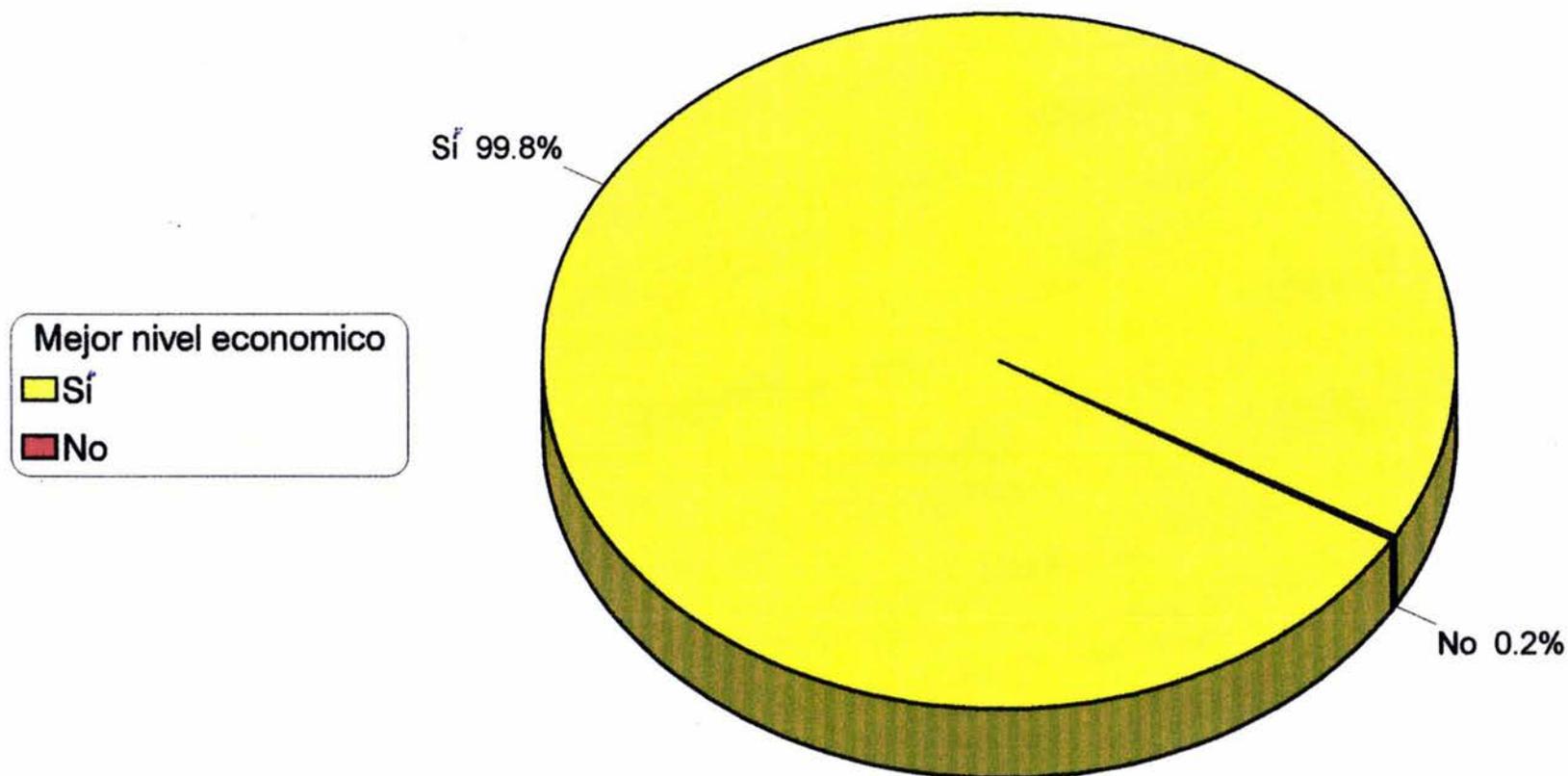
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por conflictos familiares por la tarjeta



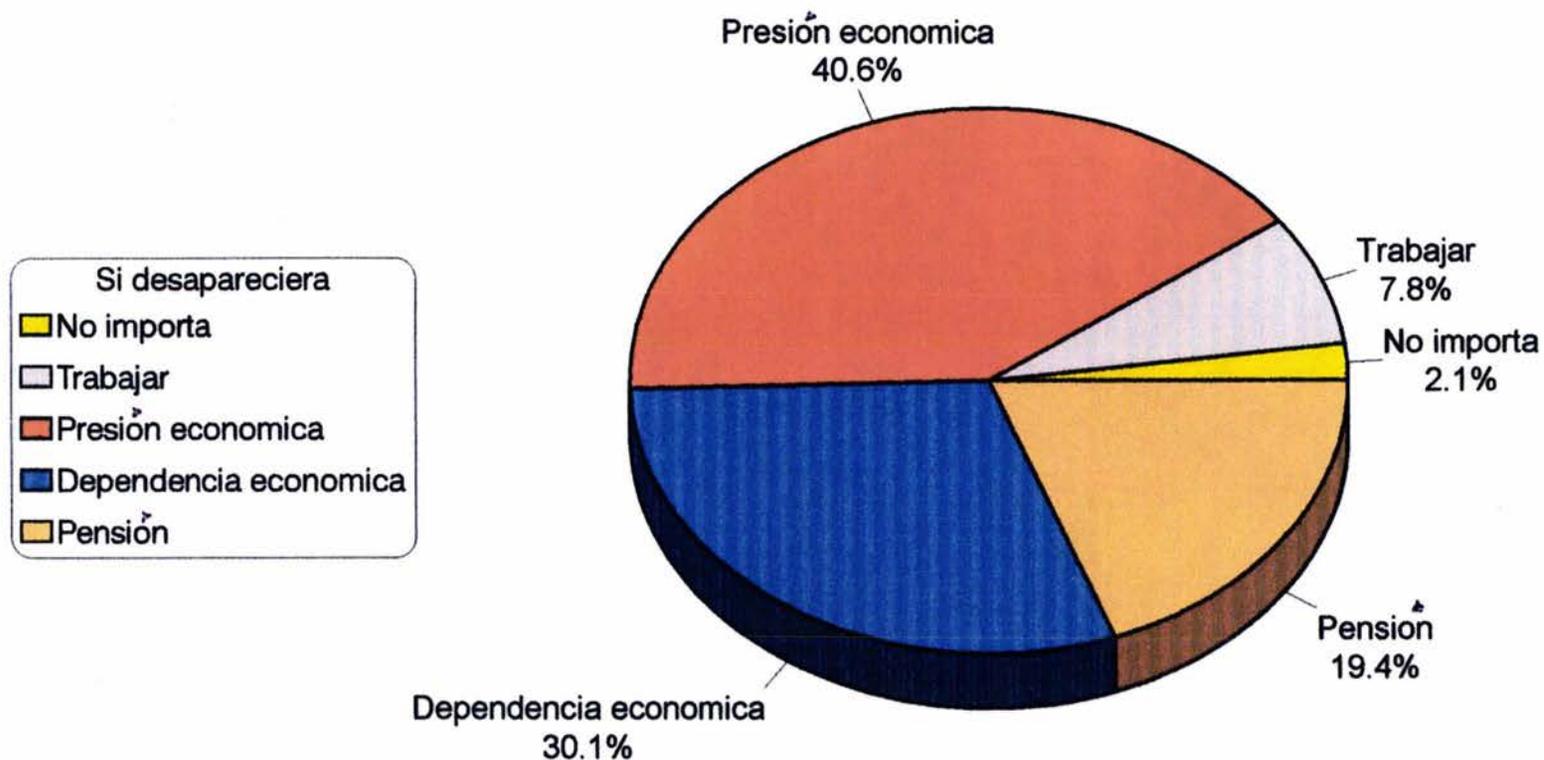
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tener mejor nivel económico



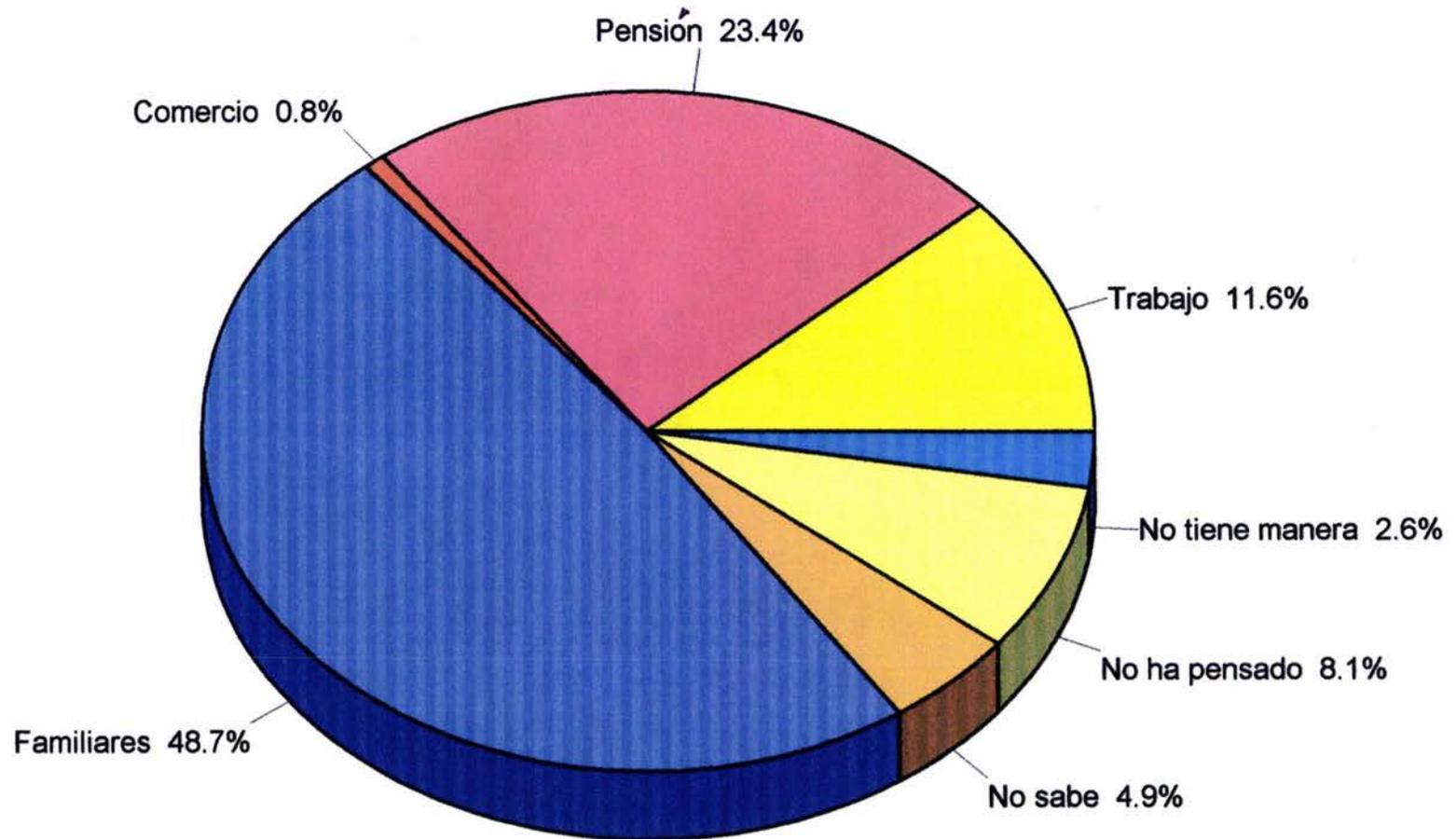
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por que haría si desapareciera el programa



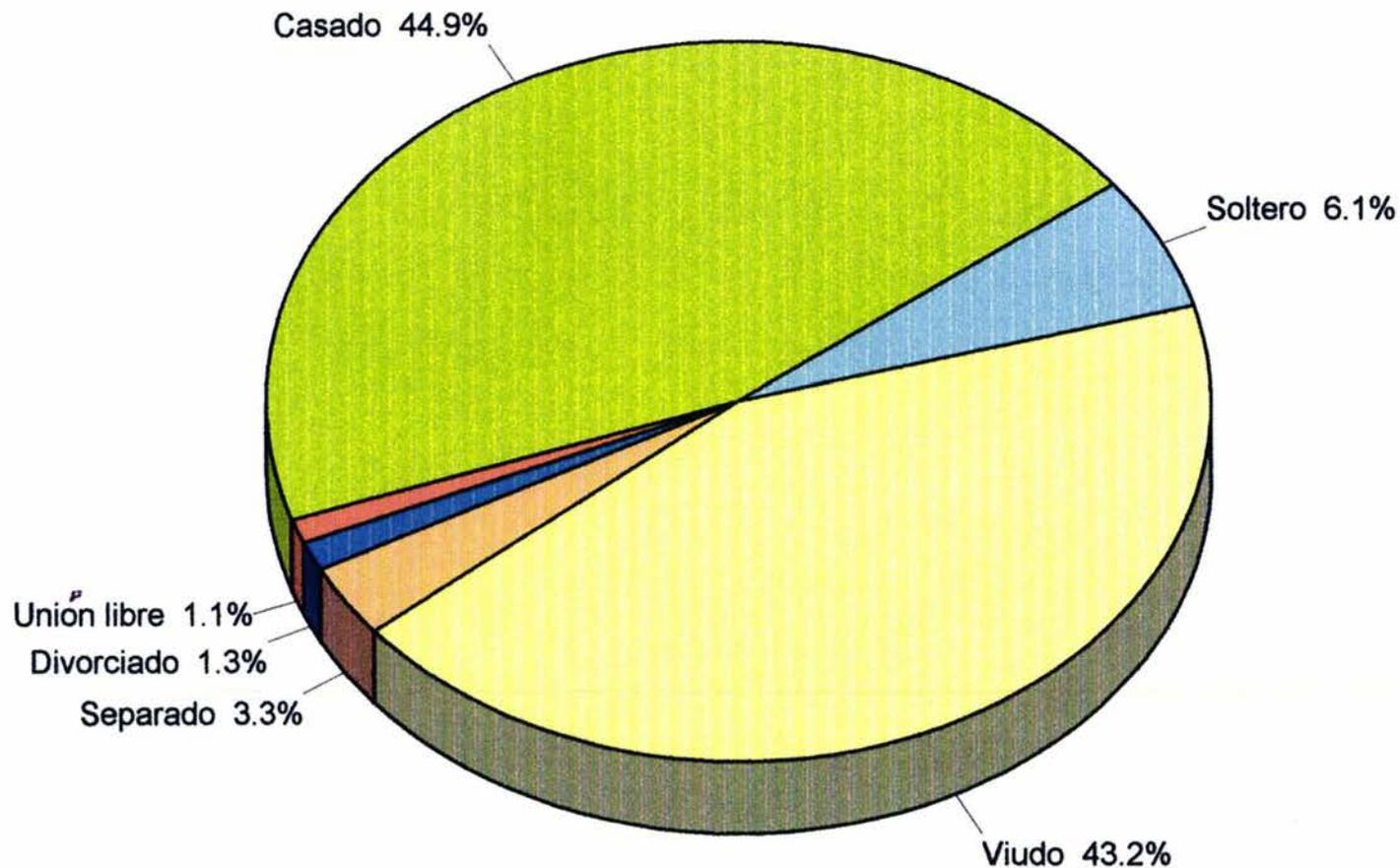
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tipo de actividad que sustituiría la tarjeta



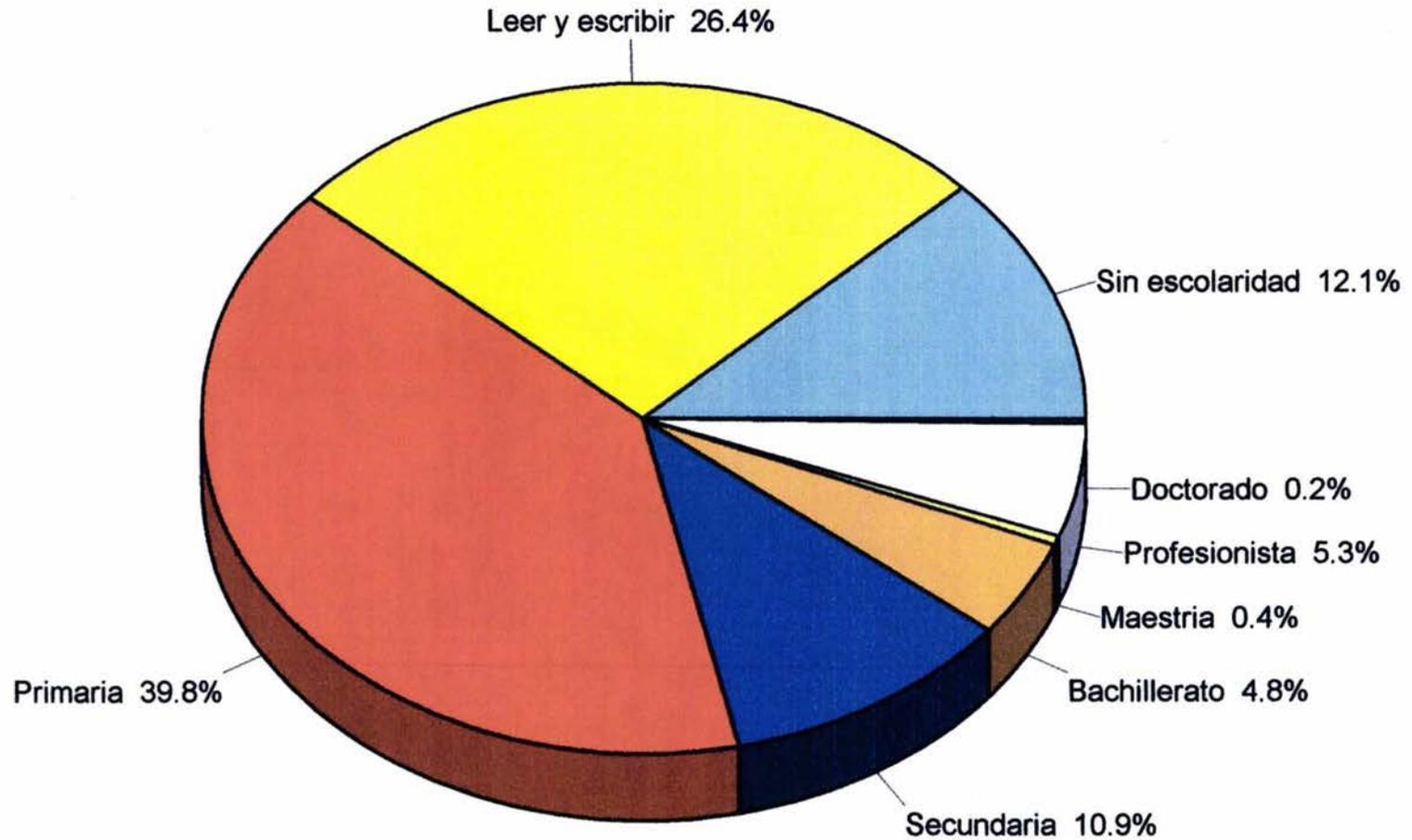
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por estado civil



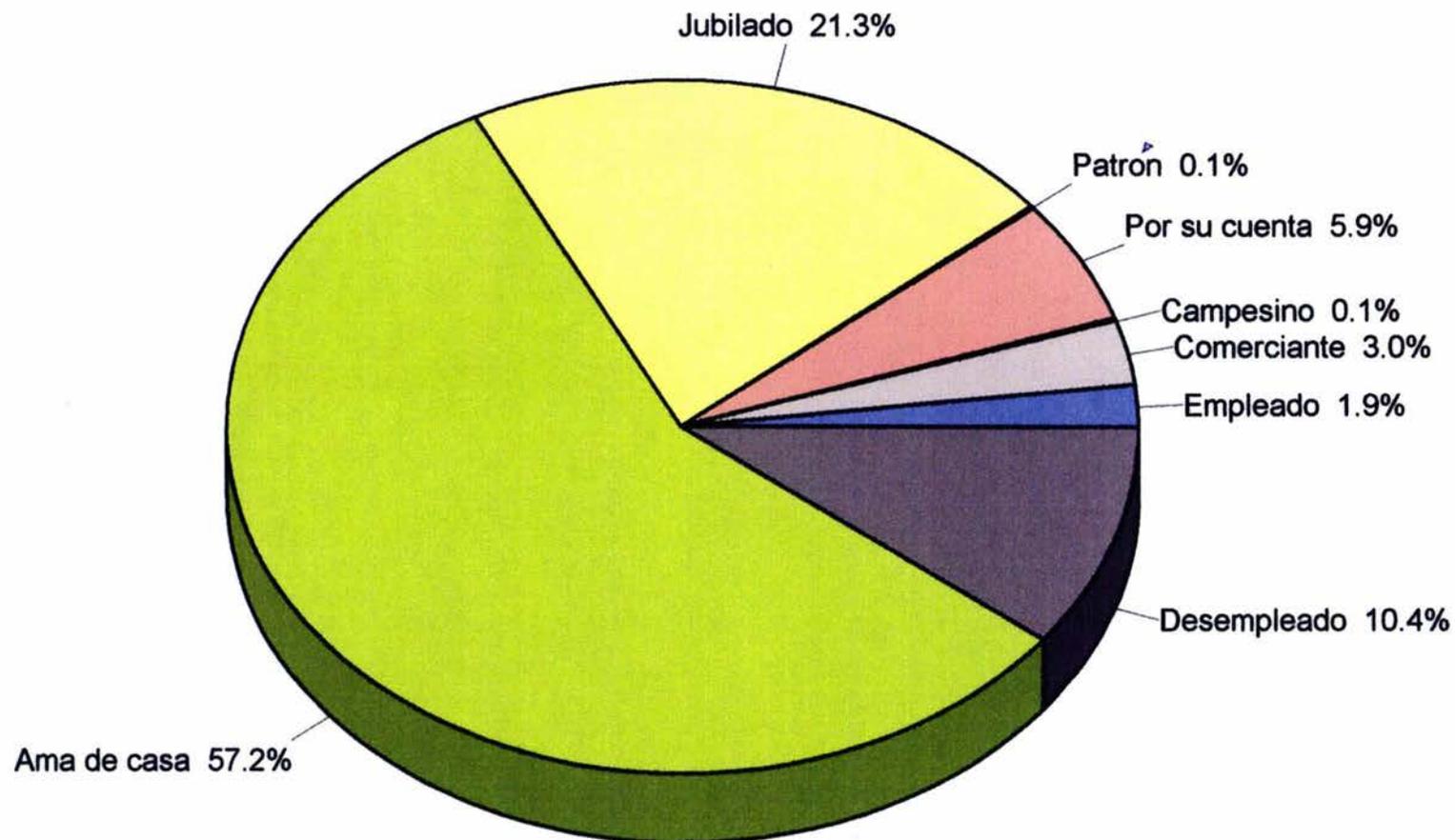
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por grado de escolaridad



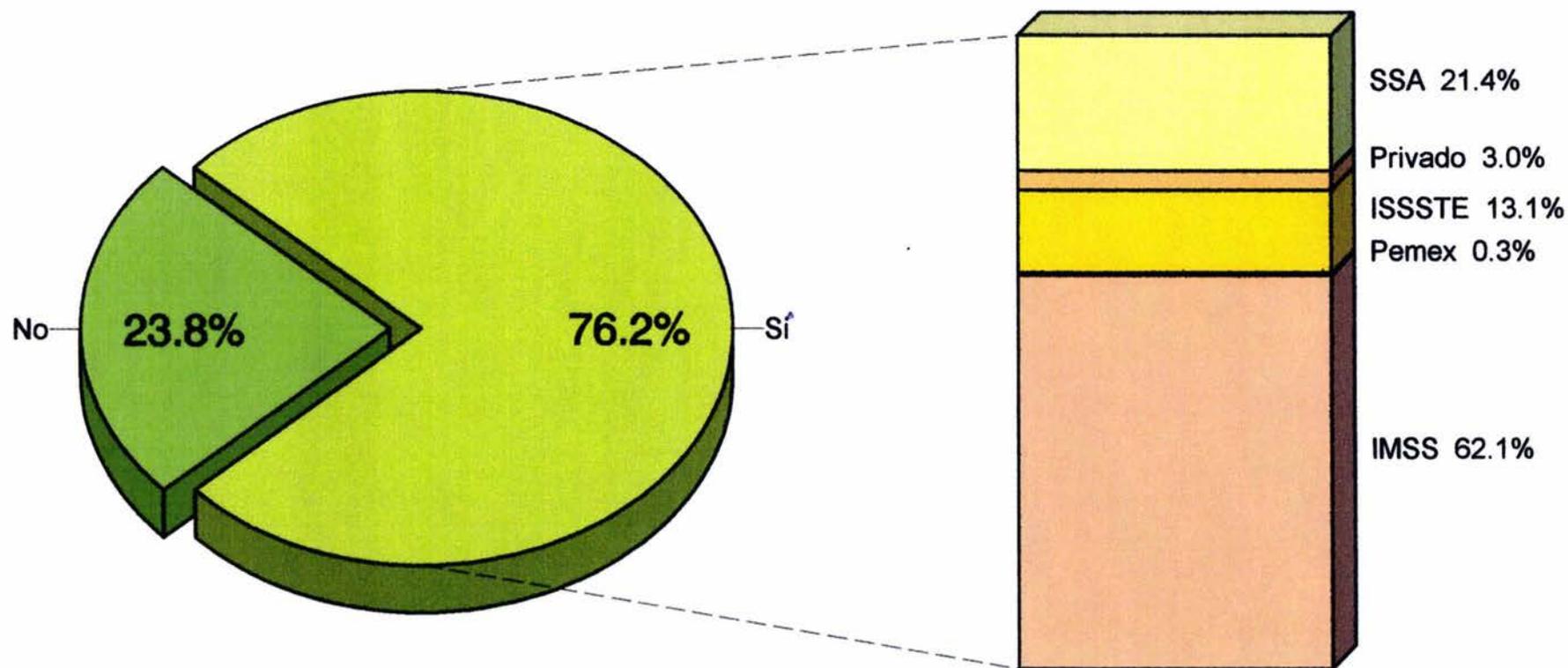
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por ocupación



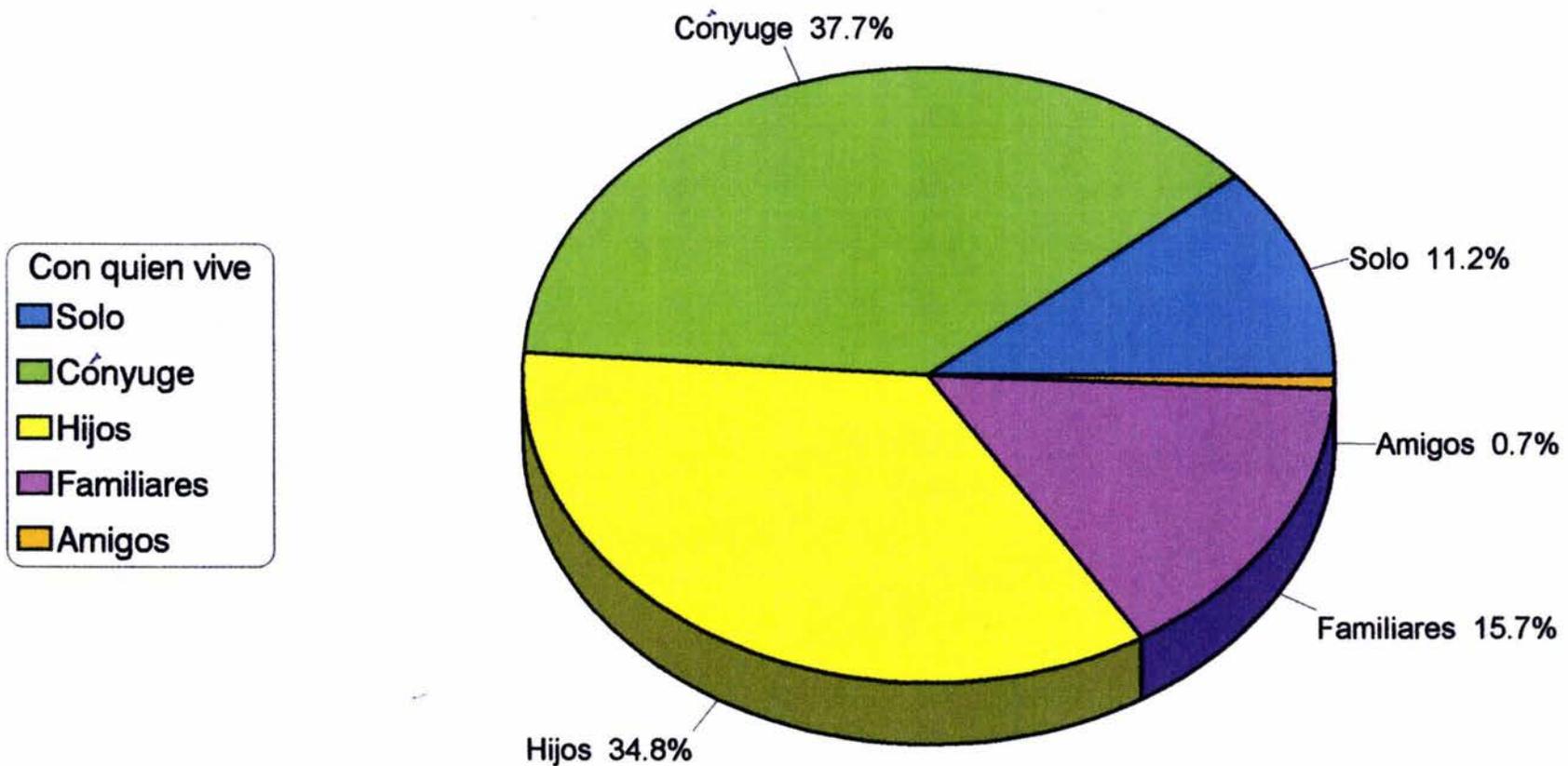
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por derechohabiencia



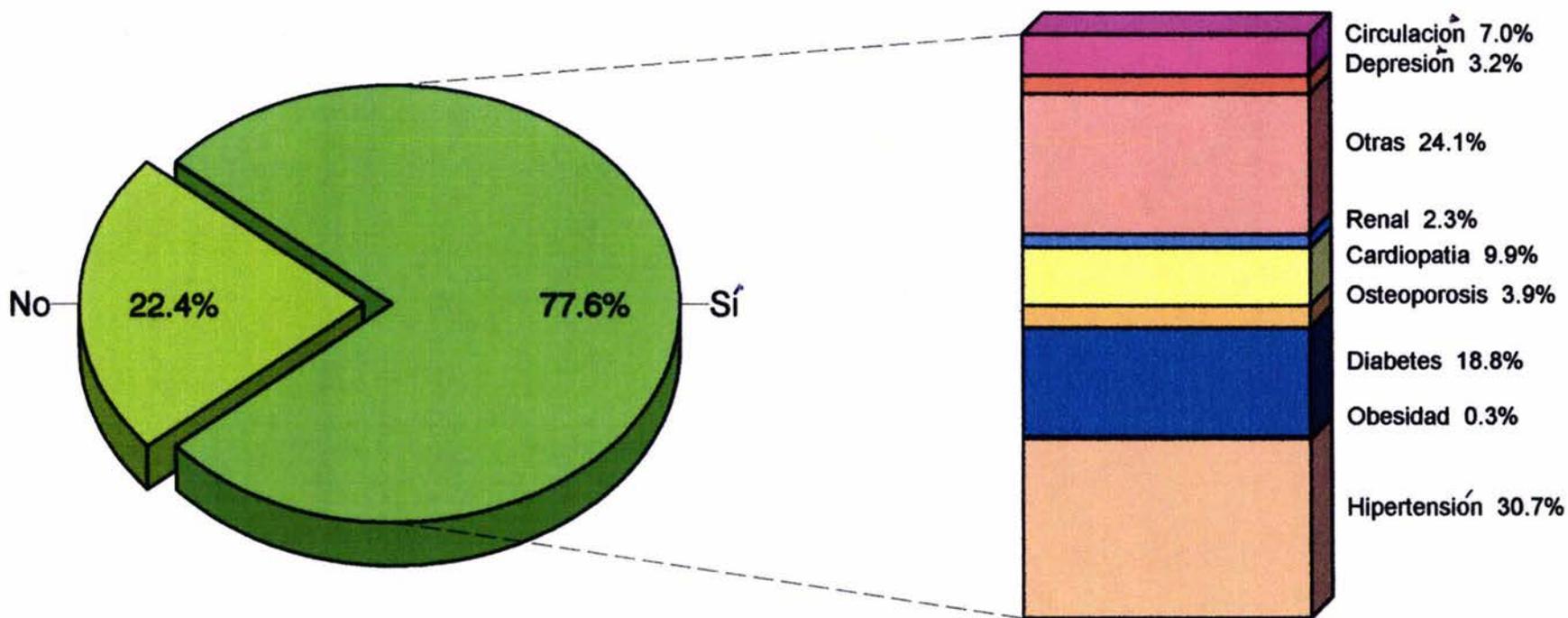
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por con quien vive



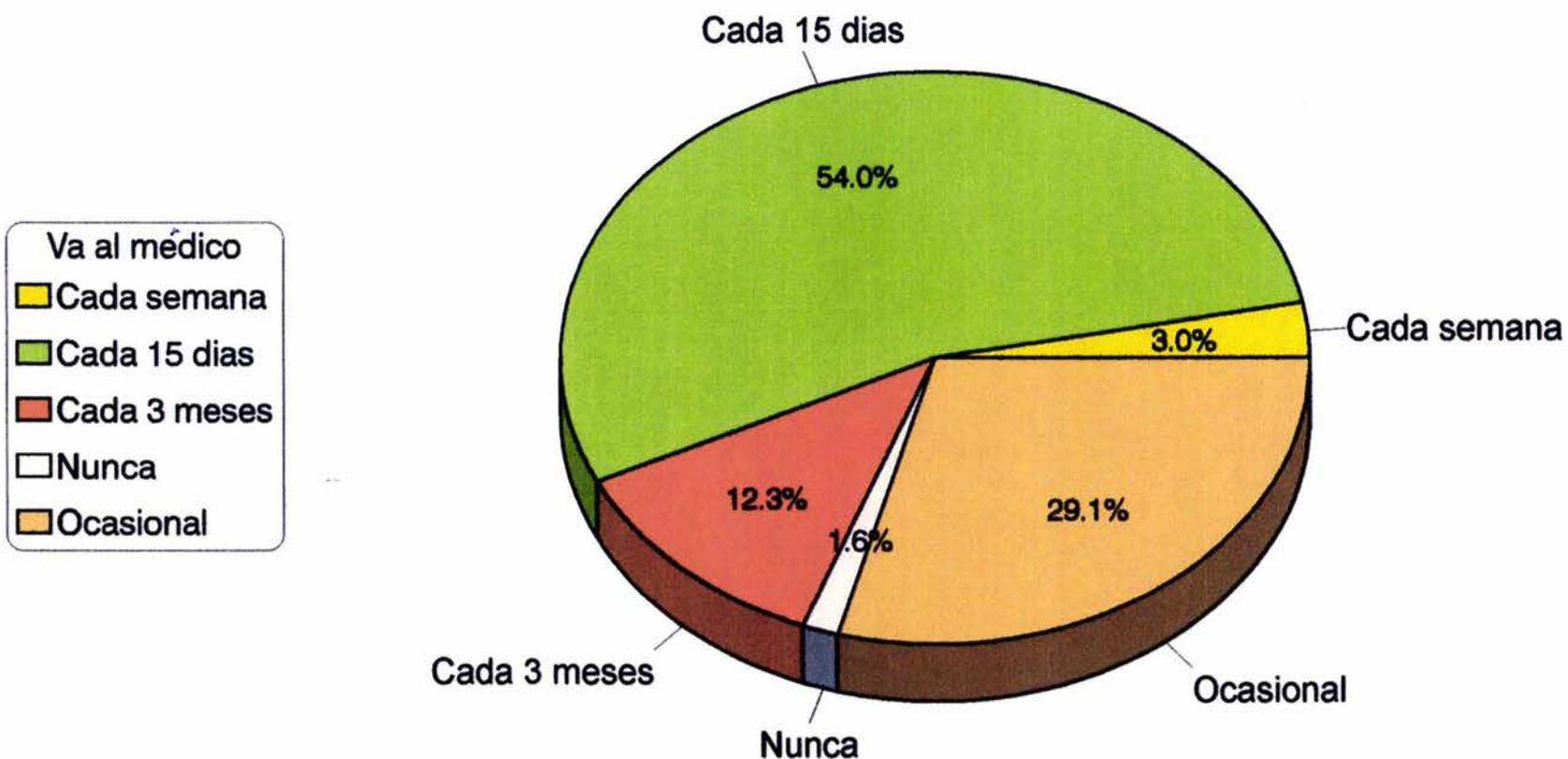
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por si se enferma y de que



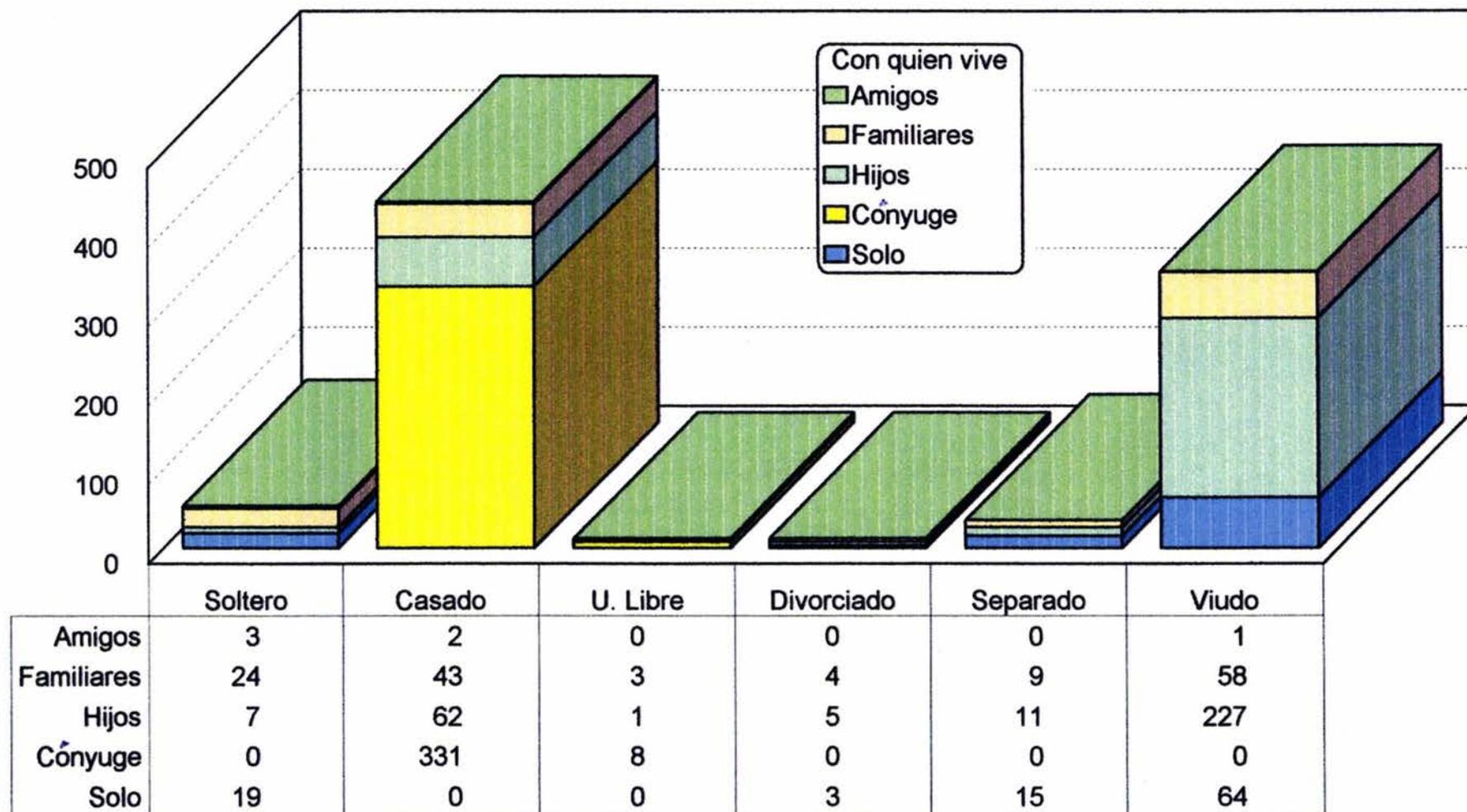
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por con que frecuencia va al medico



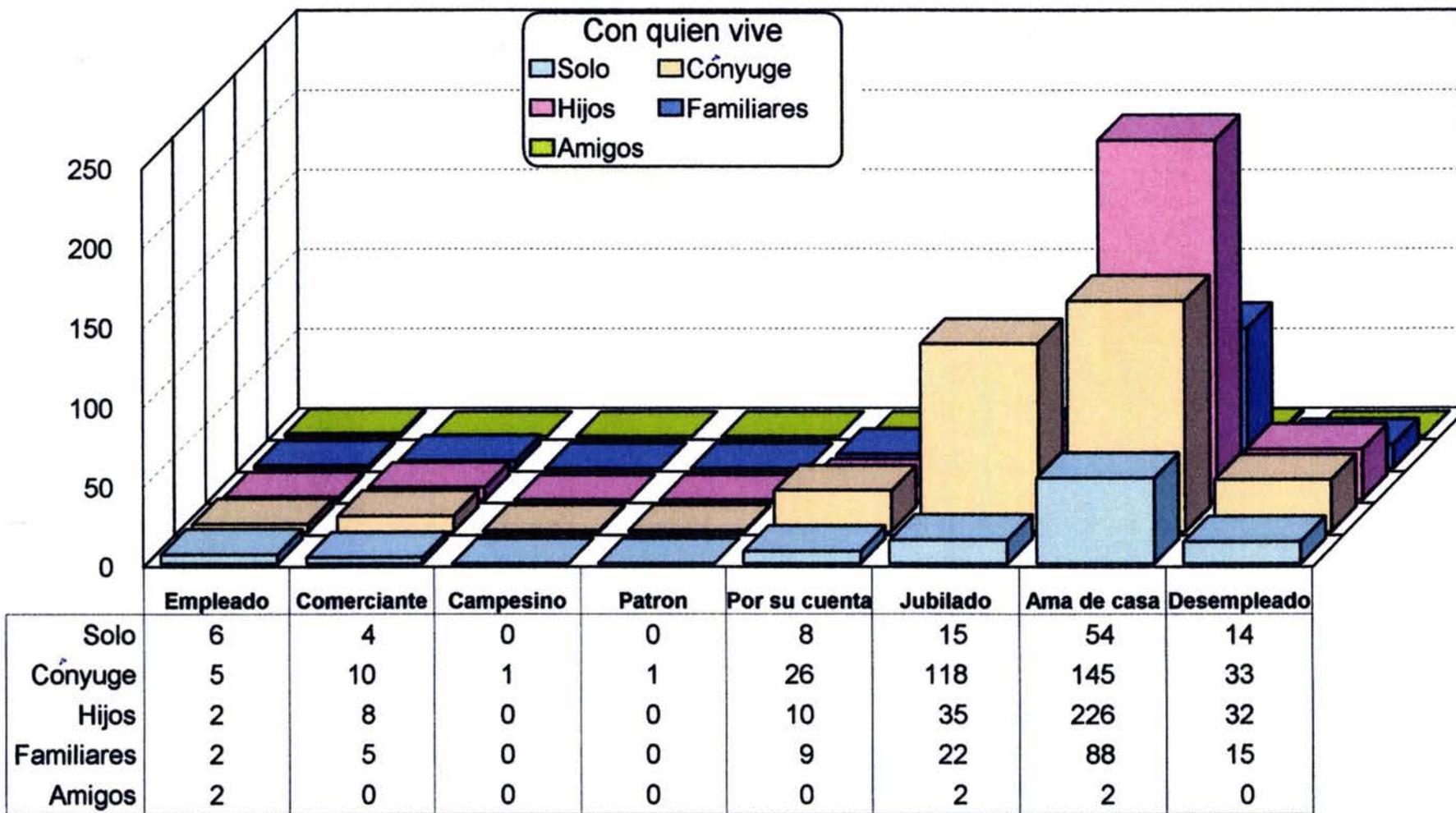
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por estado civil y con quien vive



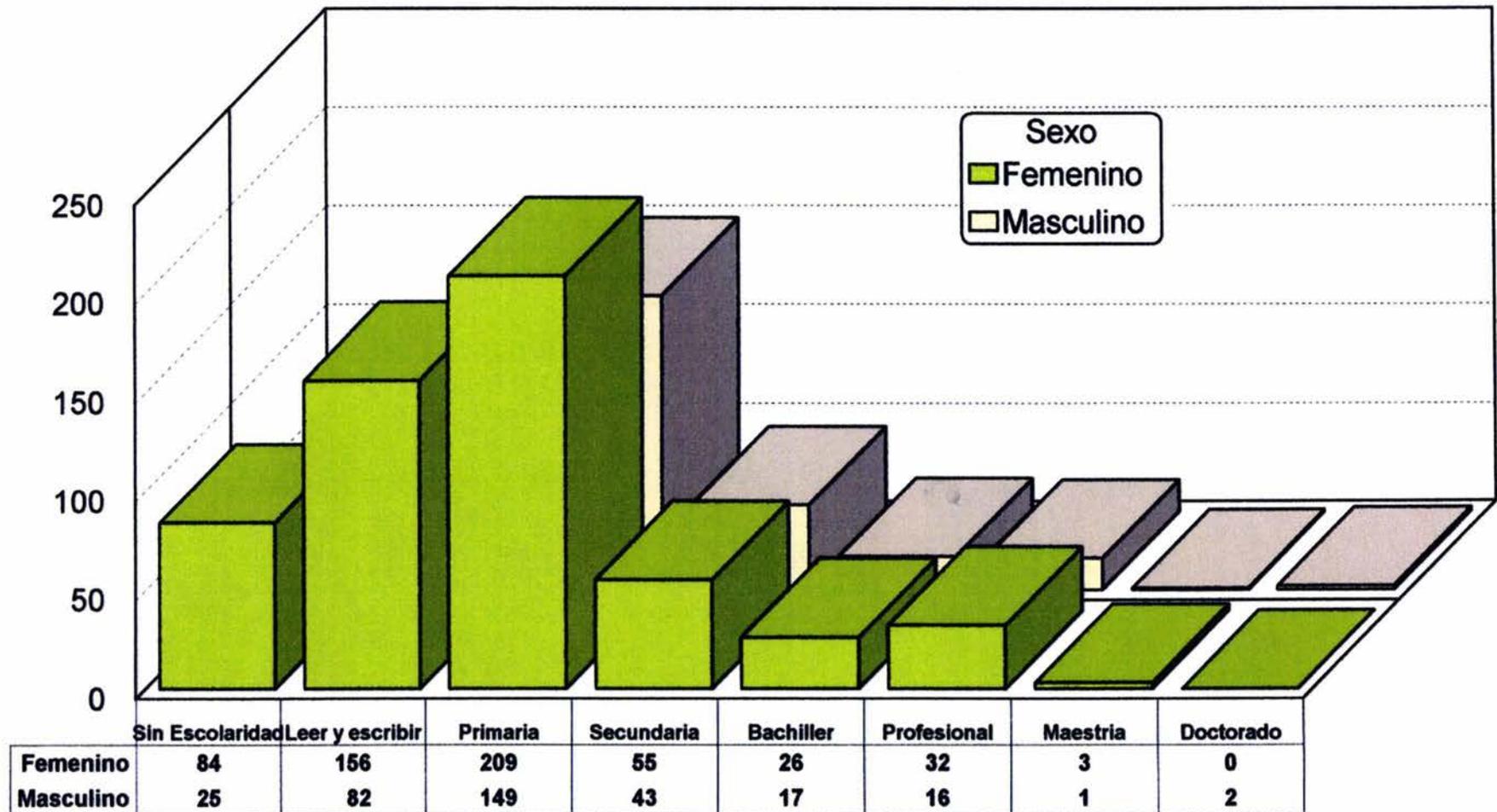
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por ocupación y con quien vive



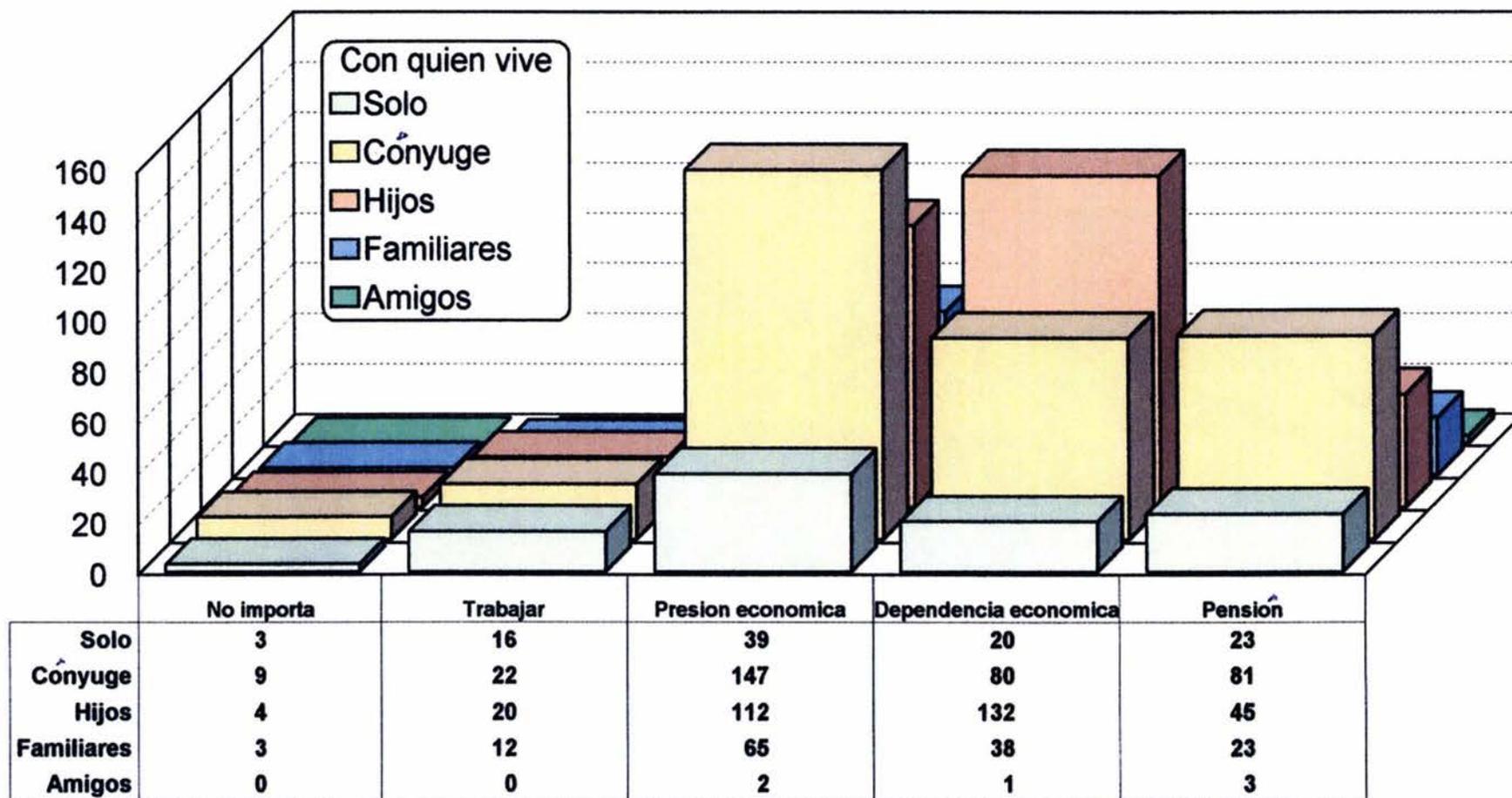
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por sexo y escolaridad



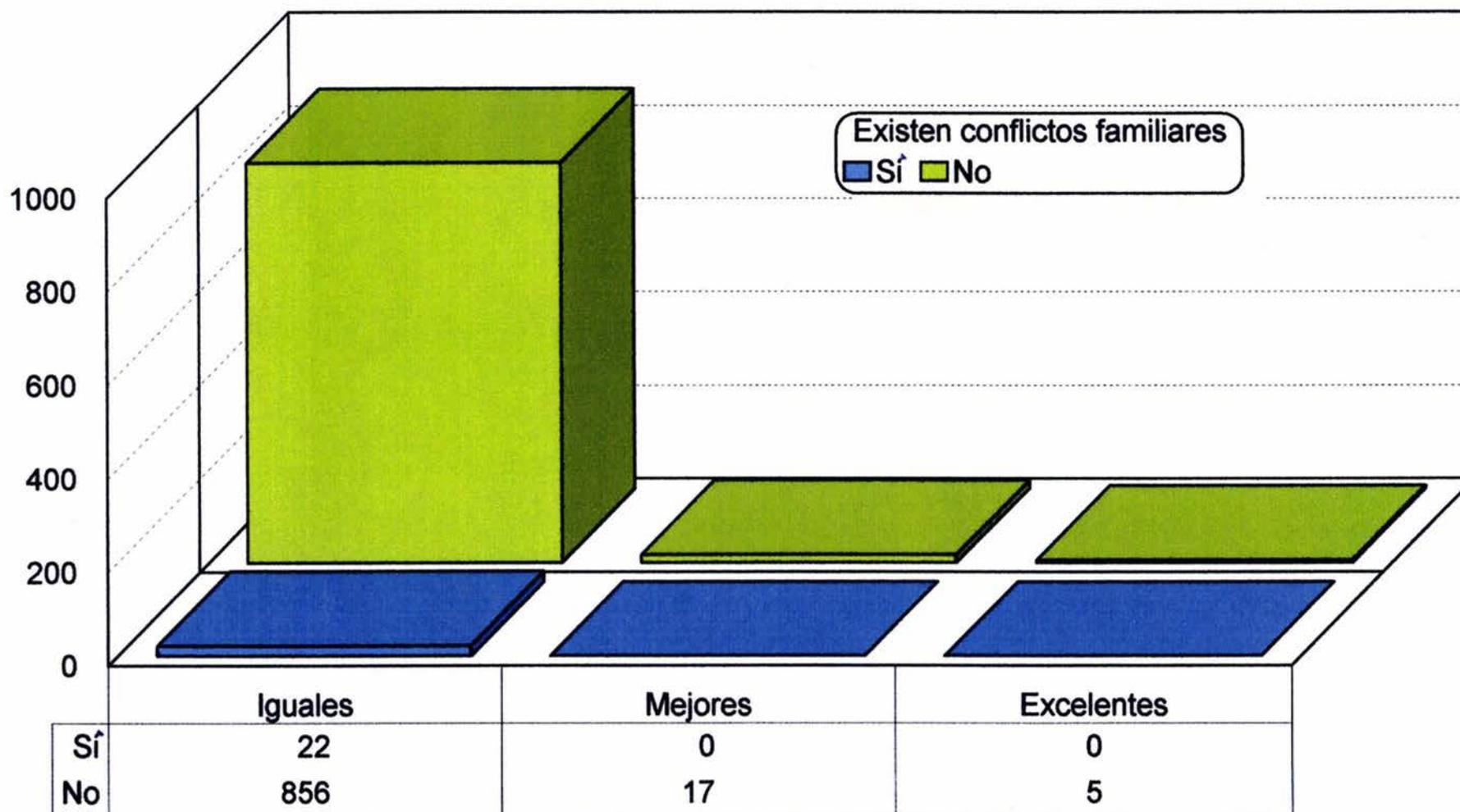
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por con quien vive y si desapareciera la tarjeta



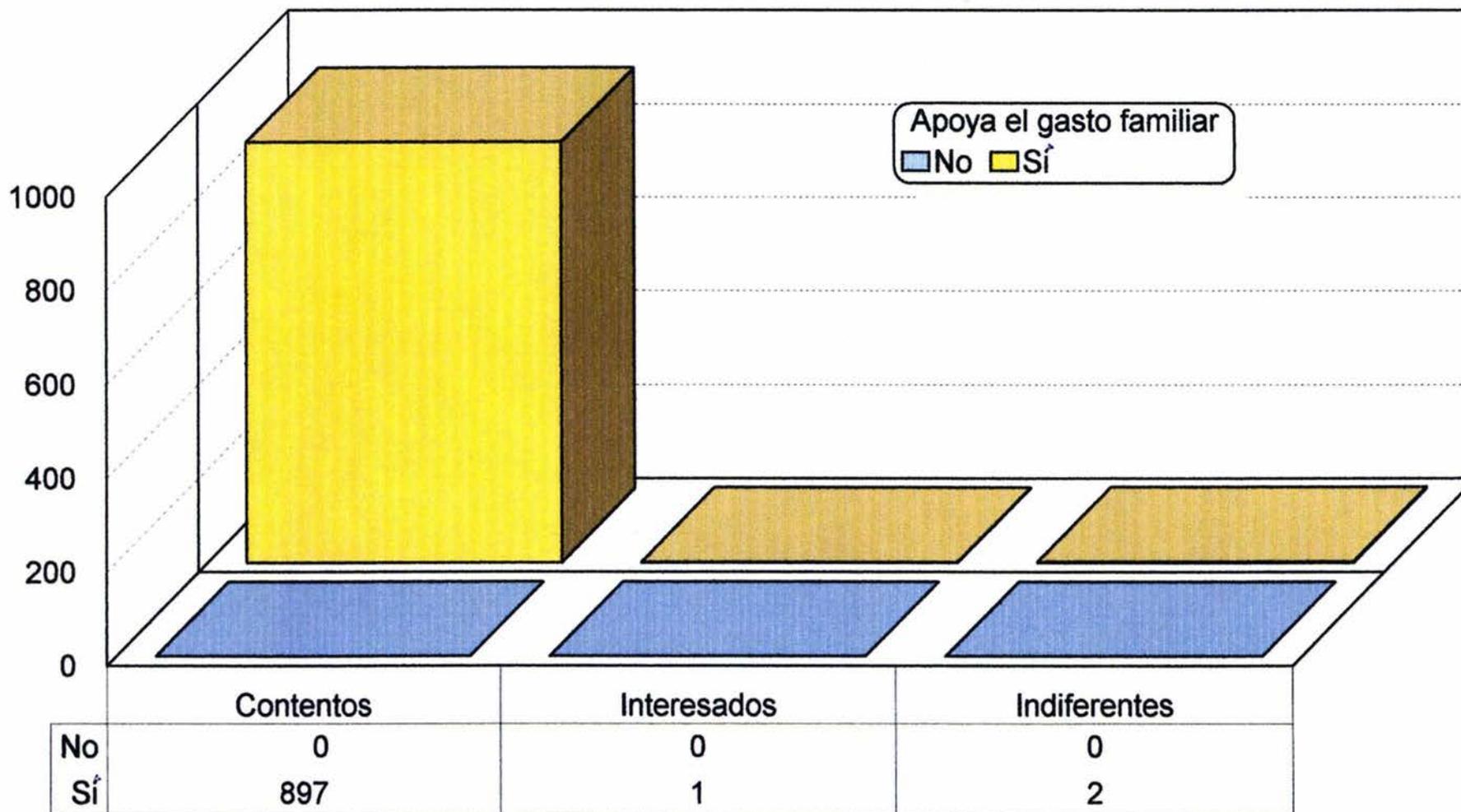
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por conflictos y relaciones familiares actuales



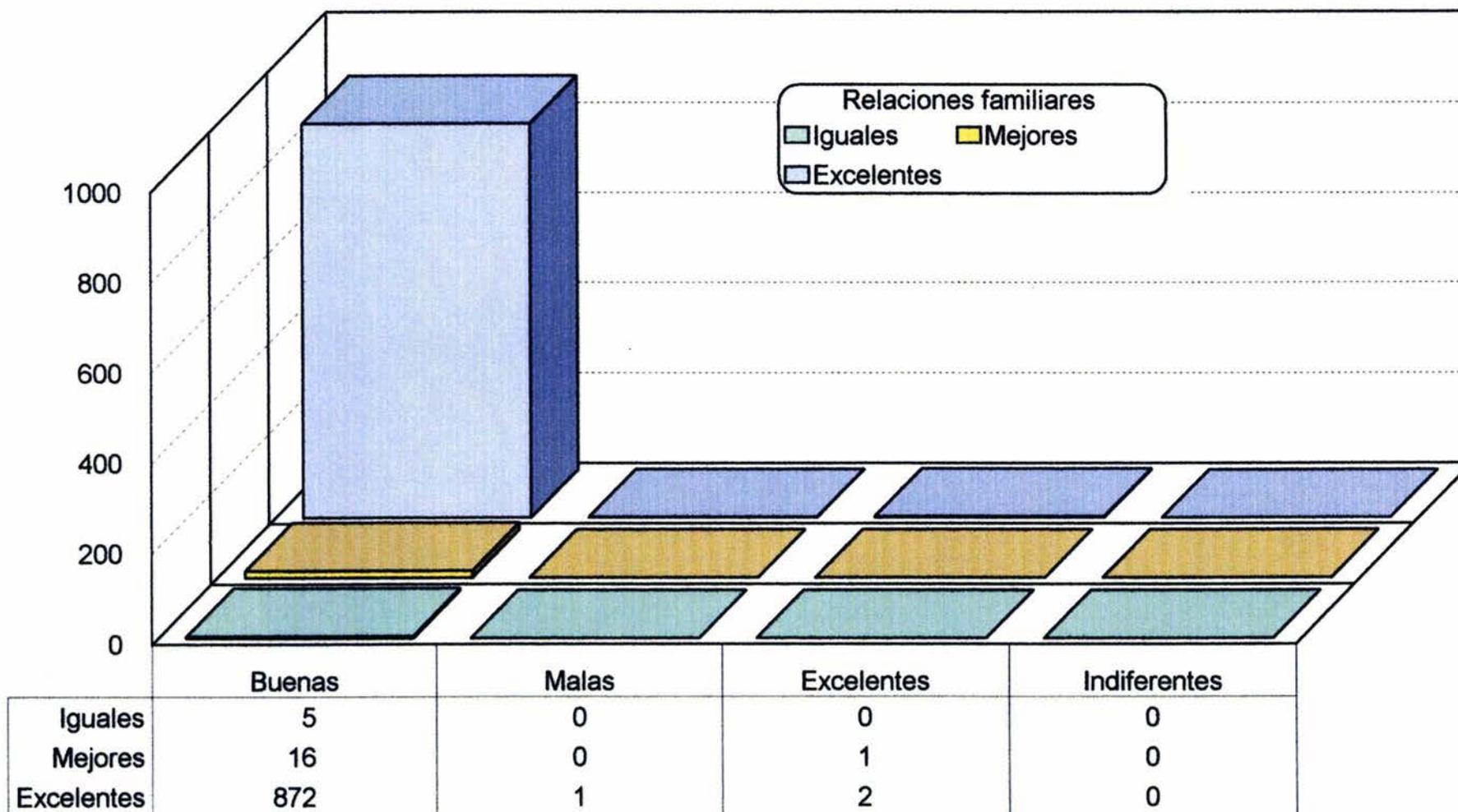
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por apoyo al gasto y opinión familiar



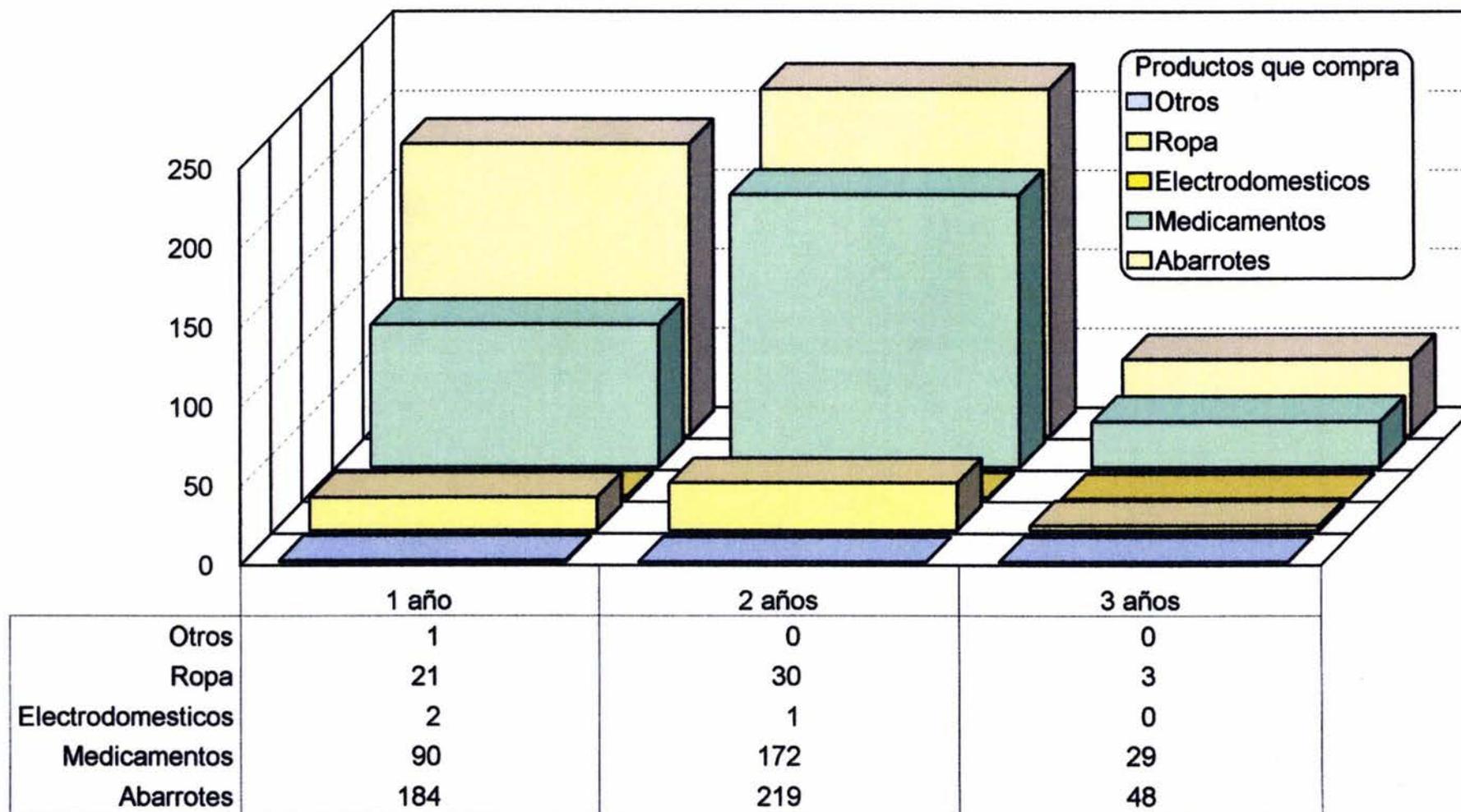
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por relaciones familiares antes y después de la tarjeta



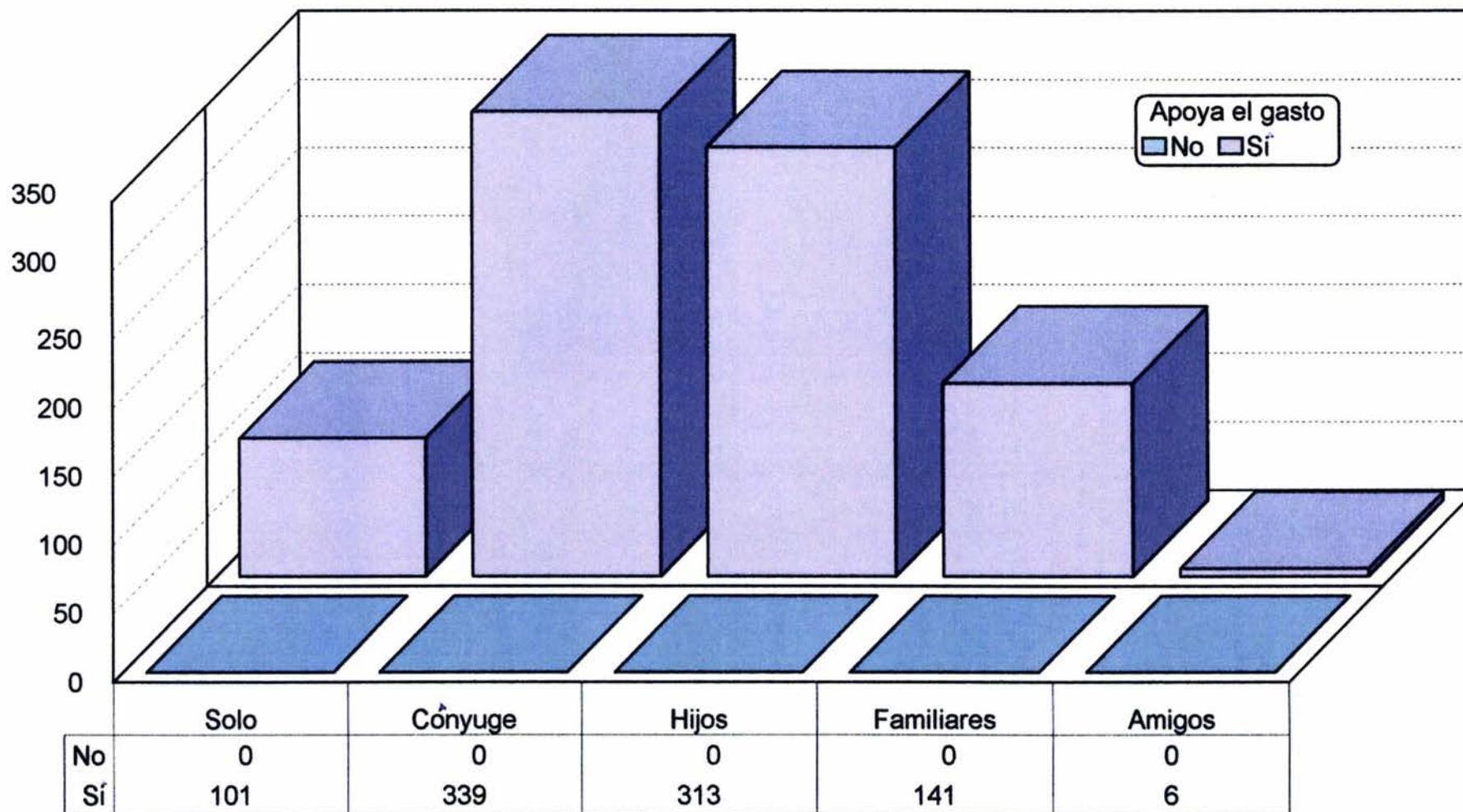
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tiempo con la tarjeta y productos que compra



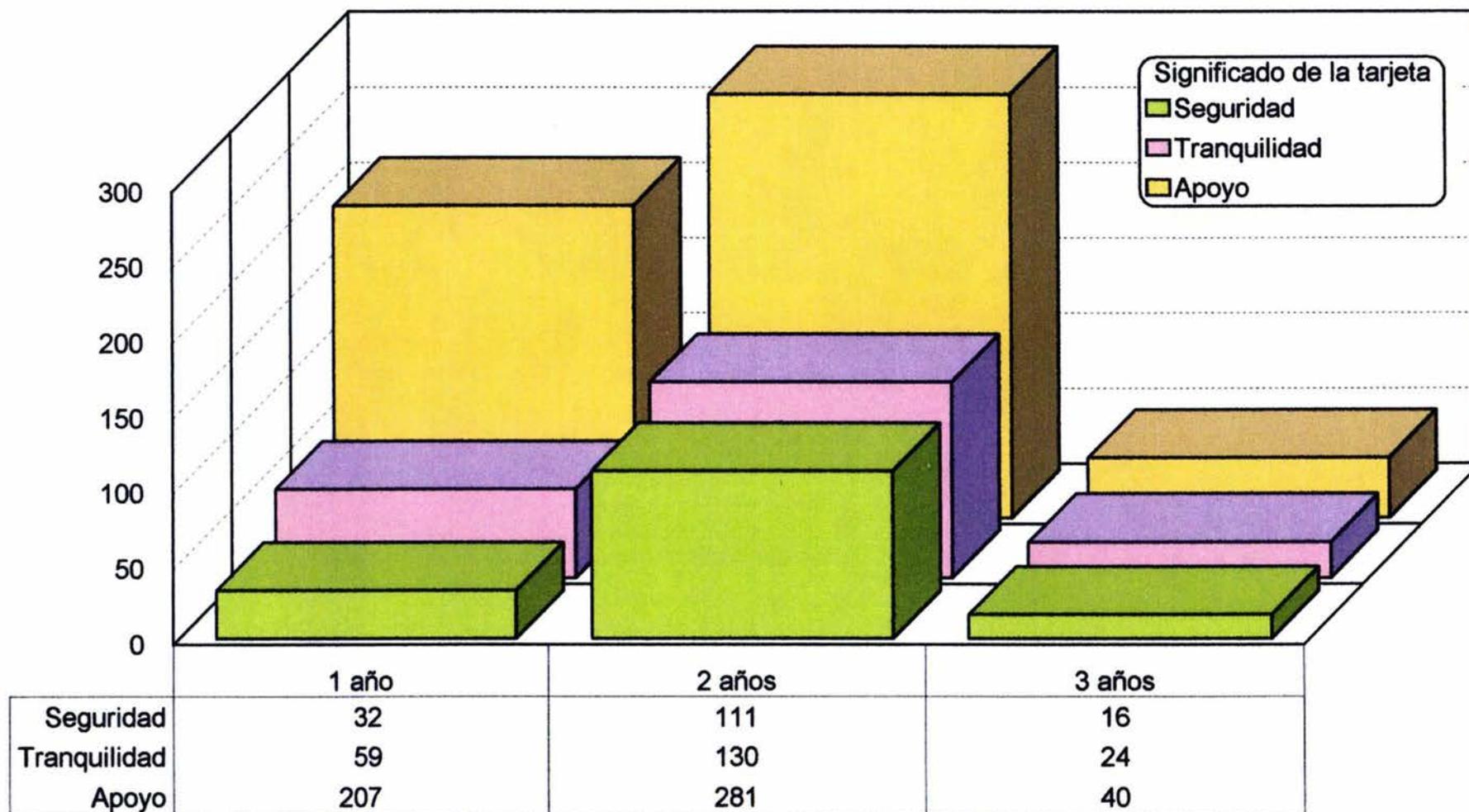
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por apoyo al gasto familiar y con quien vive



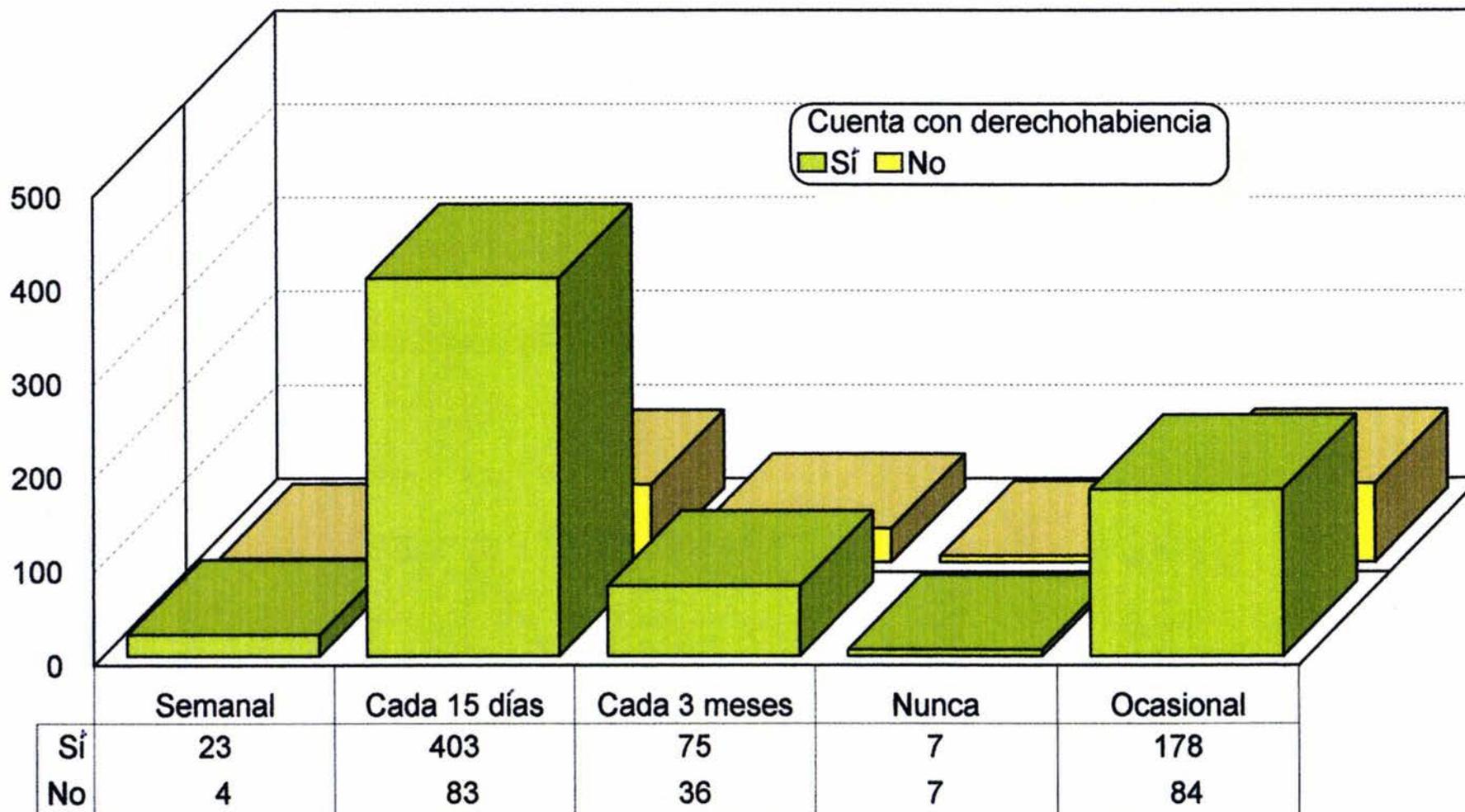
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por tiempo con la tarjeta y su significado



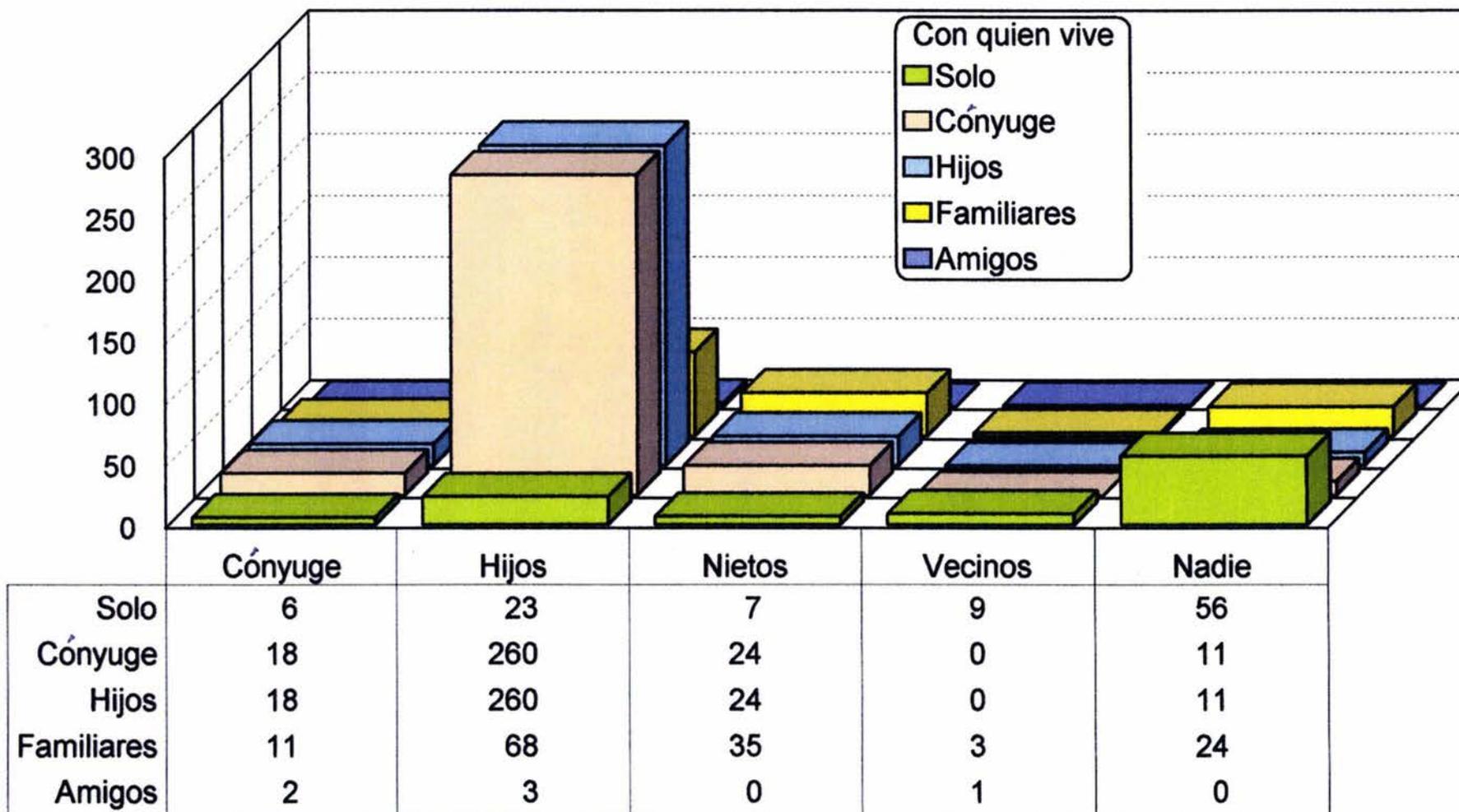
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por derechohabiencia y frecuencia con que va al medico



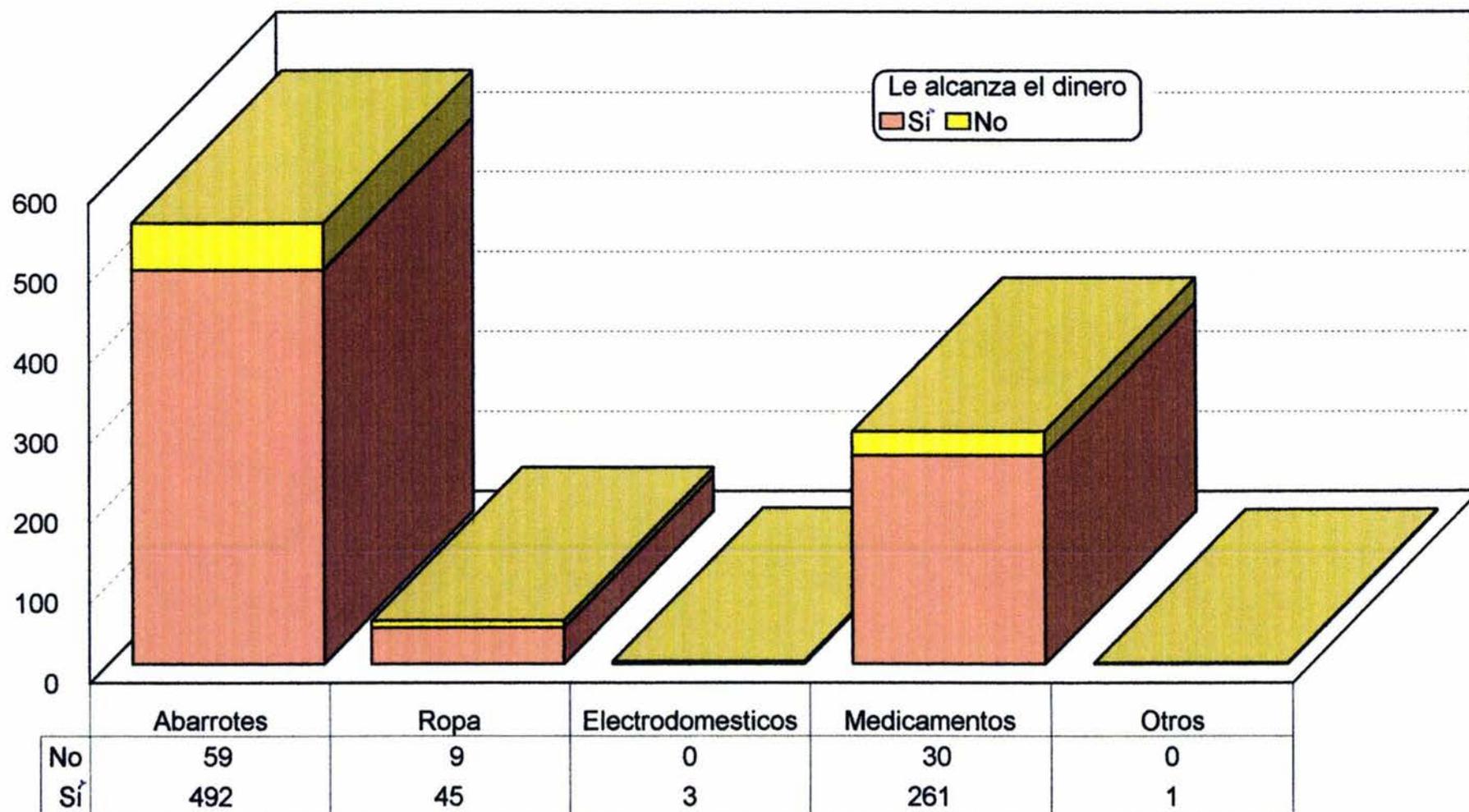
Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por con quien vive y quien lo acompaña a sus compras



Análisis de la relación de vida entre el adulto mayor y la familia

Distribución de la población encuestada por productos que compra y si le alcanza el dinero



5. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA

Antes de dar a conocer los resultados finales de esta investigación, es importante mencionar que la aplicación de los cuestionarios se realizó con el apoyo y participación activa de 12 Educadoras Familiares en Salud (personal inscrito a la Secretaría de Salud del Distrito Federal de la Delegación Política de IZTACALCO) las cuales incorporaron la aplicación de las cédulas como parte de sus actividades diarias las cuales se basan principalmente en visitas domiciliarias de sobre vivencia a los adultos mayores que están inscritos al padrón del Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos, entre otras actividades.

Se considero la necesidad de aplicar una prueba piloto que sustentará metodológicamente la claridad y coherencia del cuestionario arrojando lo siguiente:

A) PRUEBA PILOTO 1:

Se aplico el cuestionario a 50 Adultos Mayores inscritos al programa de Apoyo Alimentario, el cuestionario consiste en 23 reactivos como sigue:

- a) Diez preguntas referentes a solicitar datos generales de identificación edad, escolaridad, estado civil, ocupación, etc.,
- b) Diez restantes a conocer su opinión respecto a la tarjeta plástica, artículos que compra y opinión de la familia por el uso de la misma.

Los resultados obtenidos propician la necesidad de realizar modificaciones a la encuesta, a razón de que dicha información ya se había proporcionado inicialmente a su inscripción al programa, también por que las preguntas se les solicitaron en orden diferente al que comúnmente ellos están acostumbrados, esto ocasiono el retraso en su aplicación por que cuestionaban cada pregunta dudando de que respuesta otorgar (información obtenida por las encuestadoras) por ello se establece la necesidad de aplicar una segunda prueba piloto.

B) PRUEBA PILOTO 2:

La segunda prueba piloto se aplicó a 35 Adultos Mayores con el cuestionario previamente rediseñado por sugerencia de las encuestadoras, se invierten las preguntas como sigue:

- a) Las primeras diez preguntas se dirigen principalmente a la opinión que tienen éstos de la tarjeta, el uso de la misma y la opinión y comportamiento de la familia antes y después de la dotación de la misma

- b) Las diez restantes buscan conocer datos de identificación del adulto, escolaridad, ocupación, estado civil, estado de salud, derechohabiencia, etcétera.

Lo anterior se debe principalmente al hecho de que los Adultos Mayores estaban habituados a las visitas de la Educadora Familiar, para conocer el uso y problemática presentada al adquirir sus productos.

5.1. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA:

Por ello se presenta una muestra estratificada aleatoria, integrada por 900 personas encuestadas.

Tiempo: Lapso de 3 meses de Junio a Agosto de 2003

5.2. MUESTRA

Con el fin de validar la cédula de recolección de información se procedió a aplicar la metodología de selección del tamaño de la muestra en estudios descriptivos, para lo cual se busco determinar los tamaños de la muestra adecuada según el tipo y objetivos de la investigación, la escala de medición usada y las especificaciones sobre la magnitud de los posibles errores y sus probabilidades de ocurrencia, para ello se aplica la formula Estadística de Proyectos de Investigación en Salud de Cálculo de la Muestra con una confiabilidad del 98% con la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2} = 900 \text{ cuestionarios}$$

n = Tamaño de la población

z² = Valor probable de la tabla = 1.96

p = Probabilidad (variable al 30%)

q = Complemento de p = 70% de negativas

d² = Exactitud de la muestra

5.3. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

El Cuestionario consta de 23 preguntas por lo que a continuación se presenta la descripción de datos obtenidos por cada una de las preguntas:

SEXO			
Femenino	565	62.80	%
Masculino	335	37.20	%
TOTALES	900	100.00	%

Ello solo refleja el panorama epidemiológico que establece la esperanza de vida mayor en las mujeres a diferencia de los varones, los cuales mueren antes que la mujer, aún si ambos están enfermos y padecen las mismas enfermedades.

EDAD			
70 A 74	346	38.44	%
75 A 79	285	31.67	%
80 A 84	142	15.78	%
85 A 89	83	9.22	%
90 A 94	32	3.56	%
95 A 99	11	1.22	%
100 A 104	1	.11	%
TOTALES	900	100.00	%

LUGAR DE NACIMIENTO			
Distrito Federal	551	61.22	%
República Mexicana	342	38.00	%
Extranjeros *	7	.78	%
TOTALES	900	100.00	%

* Se incluyen residentes del Distrito Federal pero que nacieron en otros países como son: Alemania, Arabia Saudita, Colombia, Cuba y Estados Unidos.

¿CUANTO TIEMPO TIENE CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?			
2 o 3 AÑOS	602	66.89	%
1 AÑO	298	33.11	%
TOTALES	900	100.00	%

¿QUÉ SIGNIFICA PARA USTED CONTAR CON LA TARJETA CUANTA-DESPENSA?			
Apoyo Económico	528	58.70	%
Tranquilidad Económica	213	23.70	%
Seguridad Económica	159	17.70	%
TOTALES	900	100.00	%

¿EL CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA LE PERMITE APOYAR EL GASTO FAMILIAR?

El 100 % de los adultos mayores consideran que el contar con la tarjeta plástica Cuenta-Despensa, les permite complementar el gasto familiar, en lo referente: Alimentos, Compra de Medicamentos, Ropa y algunas veces productos Electrodomésticos indispensables para mejorar sus condiciones de vida y la calidad de la misma en compañía de su familia.

¿QUIÉN LO ACOMPAÑA A HACER SUS COMPRAS?			
Cónyuge e Hijos	712	79.11	%
Familiares	104	11.60	%
Nietos o Vecinos	84	9.29	%
Solos	----	-----	
TOTALES	900	100.00	%

¿QUÉ PRODUCTOS COMPRA CON SU TARJETA CUENTA-DESPENSA?			
Alimentos	551	61.20	%
Medicamentos	291	32.30	%
Ropa	54	6.00	%
Otros Productos	4	.44	%
TOTALES	900	100.00	%

¿LE ALCANZA PARA ADQUIRIR LO QUE NECESITA?			
Si	802	89.10	%
No	98	10.90	%
TOTALES	900	100.00	%

¿ANTES DE CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA CÓMO ERAN SUS RELACIONES FAMILIARES?			
Buenas	893	99.20	%
Malas e Indiferentes	4	.44	%
Excelentes	3	.33	%
TOTALES	900	100.00	%

¿ACTUALMENTE CÓMO SON LAS RELACIONES CON SU FAMILIA, A PARTIR DE CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?			
Iguals	878	97.50	%
Mejores	17	1.90	%
Excelentes	5	0.60	%
TOTALES	900	100.00	%

¿QUÉ OPINA SU FAMILIA, DE QUÉ USTED CUENTE CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?			
Contentos	897	99.70	%
Indiferencia	2	0.20	%
Interés	1	0.10	%
TOTALES	900	100.00	%

¿EL CONTAR CON DINERO LE HA OCASIONADO CONFLICTOS FAMILIARES?			
No	878	97.60	%
Sí *	22	2.40	%
TOTALES	900	100.00	%

*Es importante mencionar que estas respuestas son corroboradas por los mismos entrevistados, ya que se han reportado diversos casos de adultos que se presentan a regresar la tarjeta plástica Cuenta-Despensa, debido al hecho de que se ven alteradas cotidianamente las relaciones familiares, entre hijos, nietos, o sobrinos por que éstos esperan mensualmente hacer uso de la tarjeta para hacer diversas compras para su consumo personal, sin que para ello consideren las necesidades reales del adulto.

¿SIENTE USTED QUE SU NIVEL DE VIDA HA MEJORADO A RAÍZ DE CONTAR CON LA TARJETA PLÁSTICA CUENTA-DESPENSA?

El 100% de los adultos mayores entrevistados piensan que si ha mejorado su vida, por el hecho de contar con poder adquisitivo para adquirir los productos que requieren para su consumo diario o de adquirir algunos productos que demandan para su comodidad.

¿QUÉ HARÍA USTED SI EL PROGRAMA DE LA TARJETA PLÁSTICA CUENTA-DESPENSA DESAPARECIERA?			
Presiones Económicas	636	70.70	%
Trabajar o Vivir de su Pensión	264	29.30	%
T O T A L E S	900	100.00	%

Es importante mencionar que aun al haber proporcionado alguna respuesta, muchos de los entrevistados no desean ni mencionar el tema de que la tarjeta pudiese desaparecer.

¿CÓMO SUSTITUIRÍA LA AUSENCIA DE LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?			
Dependencia Económica	438	48.70	%
Pensión o Trabajo	322	35.70	%
No hay Forma	140	15.60	%
T O T A L E S	900	100.00	%

¿ACTUALMENTE CUAL ES SU ESTADO CIVIL?			
Casados o Unión Libre	414	46.00	%
Viudos	389	43.20	%
Divorciados o Separados	42	4.70	%
Solteros	55	6.10	%
T O T A L E S	900	100.00	%

¿CUAL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?			
Analfabetas Funcionales (Leer y Escribir)	347	38.55	%
Escolaridad Básica (Primaria)	358	39.77	%
Escolaridad Media (Secundaria)	98	10.88	%
Nivel Medio Superior (Bachillerato)	43	4.77	%
Nivel Superior (Licenciatura)	48	5.33	%
Postgrado (Maestría y Doctorado)	6	.70	%
TOTALES	900	100.00	%

La Escolaridad que tienen es muy particular y no corresponde con el análisis cultural que podríamos considerar para personas de esta edad y en los tiempos que les toco realizar sus estudios.

¿ACTUALMENTE CUAL ES SU OCUPACIÓN?			
Amas de Casa	515	57.20	%
Jubilados o Pensionados	192	21.30	%
Empleados o Comerciantes	99	11.10	%
Desempleados	94	10.40	%
TOTALES	900	100.00	%

DERECHOHABIENCIA (Tiene derecho a servicios médicos por si mismos o por parte de algún familiar)			
Sí	686	76.20	%
No	214	23.80	%
TOTALES	900	100.00	%

PRESTACIÓN MÉDICA POR INSTITUCIÓN			
IMSS	562	62.44	%
ISSSTE	117	13.00	%
OTRAS INSTITUCIONES (PEMEX, MARINA SSA)	221	24.56	%
TOTALES	900	100.00	%

¿ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE?			
Cónyuge	339	37.67	%
Hijos	313	34.77	%
Familiares	141	15.67	%
Amigos	6	0.67	%
Solos	101	11.22	%
TOTALES	900	100.00	%

ESTADO DE SALUD (Tiene alguna enfermedad confirmada por el médico)			
Enfermos (Crónico Degenerativos HTA, Diabetes Mellitus)	374	41.55	%
No Tienen Problemas de Salud	202	22.44	%
Otros Problemas (Parkinson, Alzheimer, Visuales, Auditivos)	168	18.66	%
Problemas Cardiacos	69	7.66	%
Problemas Circulatorios	49	5.44	%
Depresión	22	2.48	%
Insuficiencia Renal	16	1.77	%
TOTALES	900	100.00	%

¿CON QUE FRECUENCIA ASISTE AL MÉDICO?			
Mensual	456	50.70	%
Ocasionalmente o Nunca	276	30.67	%
Trimestral	111	12.33	%
Semanal	57	6.30	%
TOTALES	900	100.00	%

5.4. RASGOS MÁS IMPORTANTES ENCONTRADOS:

A) Distribución de la población encuestada, por estado civil en relación a con quien vive. (gráfica 1)

Los datos proporcionados por los entrevistados nos permiten concluir que la familia sigue siendo el pilar de la sociedad mexicana hasta el momento, ya que los adultos mayores

entrevistados manifiestan con un porcentaje elevado estar casados o convivir en unión libre con su cónyuge, sin embargo, al faltar su pareja y ser viudo (a) continua viviendo con la familia, ya sean hijos, sobrinos o nietos, los que viven solos en menor porcentaje y con amigos aun menos, esto nos permite una vez más, identificar los lazos de unión que existen en nuestra sociedad, que a pesar de ser ignorados en el liderazgo o jefatura de la misma, continúan viviendo en la casa familiar aun habiendo perdido su rol de autoridad ya sea por conflictos familiares o por que su estado de salud no se los permite.

B) Distribución de la población encuestada, por tipo de ocupación en relación a con quien vive. (gráfica 2)

Los mayores porcentajes corresponden a las personas que se dedican al hogar no importa el sexo, esto debido principalmente al hecho de haber dejado de laborar de manera oficial en alguna empresa o por estar jubilados o desempleados, a pesar de ello conviven en el hogar con su familia en mayor medida cónyuge, hijos u otros familiares, un reducido número de encuestados actualmente se dedican al negocio o/a trabajar por su cuenta, nuevamente los lazos consanguíneos marcan la línea de convivencia y unión que les permite convivir y apoyar en las labores de la casa de acuerdo, a sus posibilidades físicas y estado de salud.

C) Distribución de la población encuestada, de acuerdo a su sexo y a su escolaridad. (gráfica 3)

Un gran número 553 de los entrevistados manifiestan contar con escolaridad diversa, que va desde nivel básico primaria, secundaria, bachillerato, profesional y postgrado estos datos actualmente no serían relevantes, sin embargo cuando observamos que estamos hablando de personas de 70 años en adelante, lo anterior llama la atención debido a los aspectos económicos, culturales y sociales que prevalecían en nuestro país en esos años, mas aún si hacemos hincapié en que los mayores índices de escolaridad y cifras lo manifiestan los entrevistados de género femenino con 325 datos, lo que representa el 36.11 % del total, por otro lado el género masculino manifiesta tener escolaridad en 228 casos con el 25.33%, finalmente analfabetas funcionales 238 que saben leer y escribir y 109 casos que no tienen ningún tipo de escolaridad.

D) Distribución de la población encuestada, en relación a con quien vive, y qué haría si el programa de apoyo alimentario desapareciera. (gráfica 4)

Los mayores índices los tienen las personas que habitan con su cónyuge, hijos y familiares consanguíneos, sin embargo a pesar de vivir con ellos consideran tener dependencia económica con sus familiares, amén de que el monto de poder adquisitivo de la tarjeta no les permite subsanar en su totalidad sus necesidades básicas, por lo cual se incrementaría aún mas sus presiones económicas por el hecho de que su pensión o la venta de diversos productos o ejecución de pequeños trabajos no les sería suficiente para cubrir sus necesidades de alimentación, adquisición de medicamentos y compra de otros productos, lo que generaría la necesidad de solicitar a sus familiares la compra de los mismos si ello es posible y si no se puede no se adquiere.

E) Convivencia familiar actual, en relación a la identificación de conflictos existentes al interior de la familia. (gráfica 5)

Al interrogar a los entrevistados sobre los cambios de la dinámica familiar hacia su persona a raíz de contar con su tarjeta Cuenta Despensa y la opinión de la misma los datos obtenidos son los siguientes:

Las respuestas son las siguientes: 878 casos refieren que son iguales las relaciones familiares con el 97.6%, sólo en 22 casos se han generado cambios a partir de haber mejorado sus relaciones familiares hasta llegar a ser excelentes, con el 2.44%.

Paradójicamente estos 22 casos que mencionan haber mejorado en sus relaciones familiares, se relacionan con el hecho de que el adulto percibe que el contar con la tarjeta le ha generado conflictos familiares, por el hecho de manifestar interés falso en su bienestar, avaricia y deterioro en la comunicación familiar, es importante hacer mención que algunas ocasiones el adulto a decidido renunciar al programa y hacer entrega de la Tarjeta Cuenta-Despensa para de esta forma acabar con el conflicto.

F) Apoyo del gasto familiar a raíz de contar con la tarjeta plástica en relación a la dinámica familiar actual. (gráfica 6)

El 100% de los entrevistados coinciden en que a partir de contar con la tarjeta plástica esto les ha permitido participar en la economía familiar, a través de la adquisición de abarrotes que complementan el gasto familiar, así como la adquisición de medicamentos

les permite designar el presupuesto al pago o adquisición de otros productos; todo lo anterior ha generado que las relaciones familiares y la convivencia sea más armónica con buenas líneas de comunicación y con una imagen mas representativa del adulto al interior de la misma.

G) Opinión de los encuestados en relación a conocer la dinámica familiar prevalente, antes y después de la entrega de la tarjeta plástica. (gráfica 7)

Es muy importante conocer la opinión del adulto mayor respecto a la dinámica familiar prevalente, al interior del domicilio antes de contar con la entrega de la tarjeta plástica pero los resultados obtenidos no son los esperados, debido al hecho de que los entrevistados no aceptan ni reconocen los cambios o modificaciones de conducta en las formas de dirigirse a ellos, a pesar de todo lo anterior, el autoestima del adulto si ha cambiado y su estado anímico realmente se ha transformado, esto se puede concluir por las respuestas en general que proporcionaron los adultos mayores en el transcurso de la entrevista, al demostrar mayor confianza y seguridad en su capacidad física, en su estado de salud y en sus planes a futuro.

H) Opinión de los encuestados en relación al tiempo que tienen haciendo uso de la tarjeta plástica, con el tipo de productos que adquieren. (gráfica 8)

La confianza adquirida por el adulto mayor en estos 2 y 3 años respectivamente que es el tiempo que tiene el programa de haber iniciado, nos permite observar que los productos que adquieren ya no son exclusivamente en abarrotes o medicamentos, esto se debe al hecho de conocer los mecanismos existentes en las tiendas de autoservicio al poder adquirir los productos que deseen sin problemas de ningún tipo, esto en sus inicios permitió que muchos adultos adquirieran productos pequeños como son: televisión, radio grabadoras, camas, colchones, sillas, estufas, ropa, zapatos, etc., algunos de ellos no se pueden adquirir en un mes ni en dos, pero si en 6 y 8 meses, ya que el sistema les permite acumular el monto total hasta de un año, por otro lado el sistema ha generado abusos de algunos familiares hacia el adulto mayor, ya que esto les ha permitido adquirir otros artículos que no son para el beneficiario, algunos de ellos son: bebidas alcohólicas, cigarrillos, frituras, artículos de bebé entre otros.

- I) Distribución de la población encuestada en relación a conocer si el hecho de contar con la tarjeta plástica les ha permitido apoyar el gasto familiar en relación a las personas con las que comparte la vivienda. (gráfica 9)**

El 100% de los entrevistados manifiesta que el contar con la tarjeta plástica les permite apoyar el gasto familiar en la adquisición de diversos artículos necesarios para complementar los ingresos económicos, ya que consideran que estos productos no solo son de utilidad para él, sino también para el resto de la familia, ello debido a que el 88.11% de los adultos entrevistados comparten la vivienda familiar con su cónyuge, hijos y otros familiares, 11.22% viven solos y finalmente .66% comparten la vivienda con amigos.

- J) Distribución de la población encuestada en relación al tiempo que tienen de contar con la tarjeta plástica y al significado de la misma. (gráfica 10)**

Las personas que tienen dos años de contar con su tarjeta representan el 58% del total, esto les permite sentir apoyo, tranquilidad y seguridad en el futuro, les siguen aquellas que tienen un año con la misma con igual significado se encuentran, los que tienen tres años de contar con la tarjeta, paradójicamente éstos serían los que tendrían mayor confianza, seguridad y esperanzas, pero esto no es posible por el hecho de que estas personas por las mismas características etáreas (mayores de edad) son quienes desgraciadamente presentan los mayores índices de mortalidad de forma repentina o por que se agrava su estado de salud hasta desencadenar en la muerte.

- K) Distribución de la población encuestada por derechohabencia, en relación a la frecuencia con la que asiste al médico. (gráfica 11)**

La posibilidad de contar con servicios de salud del adulto mayor se representa con el 76.2% al ser el derechohabiente directo o indirecto, a través de la dependencia económica de los hijos que demanda mayores servicios médicos en mayor medida es el IMSS con el 62.1%, el ISSSTE con el 13.1%, también existe un porcentaje elevado de personas que no cuentan con servicios de salud, los cuales asisten a cubrir sus necesidades en los servicios de salud SSA con el 21.4% y otros con el 3.3%.

De éstos la frecuencia con la que asisten a demandar atención médica se presenta como sigue: 403 casos se presentan 2 veces al mes generalmente son los que se encuentran en control de alguna enfermedad crónica, amén de que les proporcionan los medicamentos necesarios para su control, les siguen los que asisten de forma trimestral y semanal, es importante mencionar que 178 casos a pesar de contar con servicios médicos asisten de manera ocasional, esto nos demuestra la falta de atención médica que tiene el adulto ya sea por negativa de ellos mismos a asistir a los servicios médicos, o por falta de tiempo e interés de sus familiares.

L) Distribución de la población encuestada en relación a conocer con quién vive y al apoyo que tiene de la familia al acompañarlo a hacer sus compras.

(gráfica 12)

La convivencia familiar nuevamente se refleja al conocer con quien vive el adulto mayor por lo cual se obtienen los siguientes datos: en mayor medida los que viven con su cónyuge, hijos y familiares, continúan los que viven solos y en un pequeño porcentaje los que viven con amigos, esto se refleja aún mas al ratificar que las personas que apoyan al adulto a los centros comerciales son sus hijos, nietos y cónyuge, a pesar de esto existen 36 casos que no son apoyados por ningún familiar o por carecer de ellos, llegando a los extremos de ser acompañados por sus vecinos en la adquisición de sus productos.

También se presentan los casos de adultos que no pueden caminar ni cargar los artículos que requieren, por ello asiste el representante (asignado voluntariamente por el adulto) para poder hacer uso de la tarjeta.

M) Distribución de la población encuestada al conocer los tipos de productos que compran en relación a detectar si les alcanza el dinero para adquirir lo que necesitan. (gráfica 13)

Los entrevistados manifiestan que en general el monto de \$ 636,00 pesos si les alcanza para cubrir sus necesidades personales para ellos solos, pero al compartir sus compras con sus familiares esto de ve disminuido considerablemente, cuando se trata de abarrotes y en la adquisición de medicamentos es mucho mas limitado, ya que el costo de estos es muy elevado para sus posibilidades económicas, muchas veces cubren el monto total de su ayuda o la superan considerablemente.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A partir de la investigación realizada y de los resultados obtenidos se plantean las siguientes conclusiones:

- a) Se corrobora el Supuesto de dicha investigación, el cual establece que se generan cambios y modificación de actitud hacia el adulto mayor por parte de los demás integrantes de la familia que ha sido beneficiado con la dotación de la tarjeta plástica cuenta-despensa, ya que el adulto identifica de buenas a excelentes relaciones familiares y una actitud de satisfacción por sus familiares por el hecho de haber sido beneficiado con la dotación de la misma.
- b) Los cambios de actitud de los integrantes de la familia son diversos siendo el mas relevante el interés y/o avaricia estos cambios en muchas ocasiones no son identificados de manera inmediata por los adultos mayores, sin embargo esta actitud poco a poco la va identificando hasta el grado de que el adulto lo sabe y lo acepta de una forma resignada, al considerar que es su forma de apoyar la economía familiar.
- c) El principal calificativo que el adulto da a la tarjeta es el de ser útil para satisfacer las necesidades de alimentación, adquisición de medicamentos, ropa y en algunas ocasiones artículos electrodomésticos que requiere él y su familia.
- d) La actitud del adulto al contar con su tarjeta es de seguridad en si mismo esto se pudo observar y corroborar en el transcurso de las entrevistas al observar modificaciones en la actitud y formas de expresión del adulto por el hecho de haber elevado su autoestima al grado de permitirse hacer planes a futuro, siempre considerando a la familia como parte indispensable para compartir los beneficios de la tarjeta.
- e) Los resultados obtenidos según opinión de los entrevistados sobre el uso de la tarjeta y los objetivos para lo cual fue creada se cumplen en la mayor parte de las familias encuestadas, no obstante esto se puede deber a que el adulto no manifiesta abiertamente lo que sucede o no lo quiere denunciar por temor a

que los abusos por parte de sus familiares generen nuevas medidas de control en las tiendas de autoservicio lo que pudiese generar inconformidades o molestia por parte de las personas que los acompañan a adquirir sus compras.

- f) El establecimiento de estos programas resaltan la necesidad de implementar estrategias y políticas públicas de trabajo dirigidas a alcanzar la equidad de estos grupos los cuales son ignorados por la mayor parte de las instituciones publicas y privadas de nuestra sociedad, a fin de elevar los niveles de vida de sus integrantes.
- g) Los resultados obtenidos nos plantean nuevamente la necesidad de planteamos una interrogante ¿Qué están haciendo nuestras instituciones por estos grupos? y más específico ¿Qué estamos haciendo nosotros para establecer las bases de vida de estos grupos? a los cuales en los próximos años estaremos ingresando.
- h) Culturalmente debemos hacer un análisis de nuestra participación en apoyo y gestión de programas y proyectos dirigidos al desarrollo de estos grupos que les permitan mejorar sus niveles de vida, en la última etapa de su vida, rescatando los conceptos, cambios de actitud, respeto y derechos de estas personas como anteriormente hacían nuestros antepasados, los cuales rendían tributo a la sabiduría y experiencias de los ancianos mejor conocidos e hoy en día como adultos mayores.

PROPUESTAS:

1. El Programa de Apoyo Alimentario les permite a los adultos mayores inscritos al padrón, cubrir en gran parte sus necesidades básicas para mejorar sus niveles de vida a pesar de ello la suma asignada es insuficiente por esta razón se propone que esta Ley, previamente aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incremente la partida presupuestal destinada a este rubro de acuerdo a la tasa de inflación y cotización de los precios.

2. Es necesario que las autoridades del Gobierno de la Ciudad en coordinación con las tiendas comerciales establezcan de manera clara los mecanismos de restricción para el canje de los productos que se pueden adquirir a través del uso de la Tarjeta Cuenta-Despensa ya que este programa esta dirigido a las personas de más de 70 años y no a otros.

3. La necesidad de crear leyes específicas que protejan al Adulto Mayor son prioritarias para todos los Estados de la República, por ello es necesario establecer diversos programas que apoyen a estos grupos etários, sin importar su preferencia política, credo, preparación profesional, experiencia laboral, etcétera, de ahí la trascendencia de haber aprobado esta Ley en la capital de la República, y con ello establecer un precedente importante frente a la necesidad de que las autoridades responsables orienten las políticas y estrategias de trabajo a fin de cubrir las necesidades de los grupos mas desprotegidos que existen en el país.

4. Es indispensable continuar promoviendo a nivel nacional una cultura de respeto, apoyo y cuidado al adulto mayor, como una prioridad al interior de las familias mexicanas, ya que ellos representan conocimientos, valores, tradiciones y experiencias que fortalecen la hoy disgregada estructura familiar y de la sociedad en general.

GLOSARIO

G L O S A R I O

ACEPTACIÓN: Consiste en interiorizar los valores de otra persona o grupo reconociendo su existencia, aunque subjetivamente no se consideren propios; se aceptan porque existen y sirven para otros.

ACTITUDES: Implica una toma de posición, una valoración del sujeto respecto a un fenómeno observado.

ADULTO MAYOR: Personas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en el tránsito en el territorio nacional;

ADULTO MAYOR INDEPENDIENTE: Persona apta para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente parcial.

ADULTO MAYOR SEMIDDEPENDIENTE: Persona a la que sus condiciones físicas y mentales les permiten valerse por si misma, aun con ayuda permanente o parcial.

ADULTO DEPENDIENTE ABSOLUTO: Persona con una enfermedad crónica o degenerativa por la que requiera ayuda permanente.

ADULTO EN SITUACIÓN DE RIESGO O DESAMPARO: Persona que por problemas de salud, abandono carencia de apoyos económicos, familiares, contingencias ambientales o desastres naturales, requieren de asistencia y protección del Estado o de la Sociedad Organizada.

ASISTENCIA SOCIAL: Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental.

AUTONOMÍA: Condición de la persona de no depender de otros para la realización de las actividades de la vida diaria.

AYUDAS: Elementos o instrumentos de apoyo para que la vida sea más sencilla.

COMUNICACIÓN NO VERBAL: Transmisión o intercambio de información sin necesidad de hablar, a través de otros sentidos, gestos, señas, posiciones del cuerpo, entre otras.

DEAMBULAR: Caminar, andar moverse o desplazarse sin rumbo fijo u objetivo determinado (sin. Vagabundear).

EDAD CRONOLOGICA: Corresponde al número de años transcurridos desde el nacimiento.

EDAD SOCIAL Y LEGAL: La edad social constituye aquella edad definida por las normas sociales como adecuada para desempeñar determinados roles.

ESTRÉS: Estado de excitación, alteración, tensión, angustia. Se acompaña de reacciones fisiológicas y emocionales, es provocado por situaciones donde nos sentimos en conflicto o amenaza.

FAMILIA DE PROCREACIÓN: Formada por dos personas de distinto sexo y sangre unidas en matrimonio las cuales originan una descendencia común.

GERIATRA: Gerontólogo, especialista médico de ancianos.

GERONTOLOGÍA: Gerontología especialidad, medicina de ancianos.

INTEGRACIÓN: Constituye la última etapa de la socialización y supone la interiorización total de los valores del grupo integrador y de las manifestaciones externas de su conducta.

INTEGRACIÓN SOCIAL: Conjunto de acciones que realizan las dependencias y entidades de la Administración Pública del Distrito Federal y la Sociedad organizada, encaminada a modificar y superar las circunstancias que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral.

LENGUAJE CORPORAL: Gestos, señas, movimientos de cualquier parte del cuerpo para transmitir una idea, mensaje o pensamiento.

PERSONA ADULTA MAYOR: Hombre o Mujer de 60 años y más

ROL DEL ABUELO: El papel del abuelo comienza a ser descubierto por sus protagonistas actuales con las características modernas de quienes se resisten a aceptar el estereotipo de ancianos asexuados, pasivos destinados a esperar la muerte y sin intereses personales.

BIBLIOGRAFIA

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. **Ante un nuevo Paradigma Programa de Salud Ciudadano (PARASALUD)**. Julio 1998, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social.
2. Benítez Zenteno Raúl. **El Adulto Mayor en el Distrito Federal por una Sociedad Integral. En el Siglo XXI**. Conferencia La Visión del Envejecimiento en México. Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México. Página 22. 1999. Impresión Corporación Mexicana de Impresión S.A. de Capital Variable.
3. Berruecos Villalobos Luis y Castro Sarifiana Maria Elena. **Curso Básico sobre Adicciones**. Centro contra las Adicciones (CENCA), Fundación "AMA LA VIDA", IAP., México. Impreso en México. 303 pp. , 1994.
4. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Comentada)**. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México 1985. 341pp.
5. **Código Civil para el Distrito Federal**. Editorial SISTA S.A. de C.V., México 1989. 316pp.
6. **De Todo Corazón**. México. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. 8pp. 1998.
7. **Ejercicios y Salud**. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. 29pp. 1998.
8. **El Adulto Mayor en el Distrito Federal: Por una Sociedad Integral en el siglo XXI**. México. Gobierno del Distrito Federal. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. México. 302 pp. 1999. Impreso Corporación Mexicana de Impresión S.A. de Capital Variable (COMISA).
9. Ferigla Joseph Maria, **Envejecer**, ED. Herder S.A., Barcelona, 2002, 446p.
10. González Aragón G. J., **Aprendamos a Envejecer Sanos**, ED. Costa-Amic, 1984, 415p.
11. **Guía de Alimentación Saludable**. México. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. 17 pp. 1998
12. **Guía de Capacitación para personas con Diabetes: Currículo del Paciente Diabético**. México. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica 13pp. 1998.
13. Gutiérrez Ávila J. Héctor y Lara Esqueda Agustín. **Programa de Salud del Adulto y del Anciano**. México, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, 26 pp. 1998.
14. Gutiérrez Robledo Luis y Martínez Arronte Felipe **Propuesta de Programa Intersectorial Salud del Anciano**. México; Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. Organización Panamericana de la Salud. 43 pp. 1993.
15. **La Marginación Socioeconómica en los Hogares de la Delegación IZTACALCO 2000**. Ciudad de México Secretaría de Salud. México. 96pp. 2000.
16. **La Situación de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Elementos Conceptuales para un Modelo de Atención Perfil Demográfico, Epidemiológico y Sociológico**. Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México.

- 104 Páginas 1999. Impresión Corporación Mexicana de Impresión S.A. de Capital Variable.
17. **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** Secretaría de Desarrollo Social. México Distrito Federal. 2002. 68 pp.
 18. **Ley General de Salud.** Editorial; Porrúa S.A. México 1994. 1178 pp.
 19. **Manual de Atención. La Enfermedad de Alzheimer.** Recomendaciones para el Cuidado de la Calidad. México. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo Social. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. 41 pp. Impreso en Corporación Mexicana de Impresión S.A. de Capital Variable COMISA.
 20. **Manual de Prevención y Autocuidado para las personas Adultas Mayores.** Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México. 133 Páginas 2000. Impresión Corporación Mexicana de Impresión S.A. de Capital Variable.
 21. Méndez Ramírez Ignacio y Guerrero Namihira Delia. **El Protocolo de Investigación.** México.1985. Editorial Trillas. 210 pp.
 22. Mercado Espinosa MA. Guadalupe. **Violencia Familiar una Cuestión de Género. Documento de Apoyo para Participantes.** México. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo Social. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social 48 pp.1999. Impreso en Corporación Mexicana de Impresión S.A. DE Capital Variable COMISA.
 23. Mercado Espinosa MA. Guadalupe. **Violencia Familiar. Una Cuestión de Género, Guía para la Capacitación.** Tomo I. México. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo.
 24. Moragas, Moragas Ricardo; **Gerontología Social,** ED: Herder, S.A., Barcelona, 1998, 304p.
 25. Murdock G. **Guía para la Clasificación de los Datos Culturales** 1985. 250 páginas
 26. Narro, José y Romero Josefina. **Transición Demográfica y Epidemiológica.** Trabajo Presentado en el Diplomado de Geriátría y Gerontología con Enfoque de Riesgo, Organizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Noviembre 1997.
 27. Norma Técnica s/n. **Asistencia Social en Alberques para Adultos** D.O. 29 de Mayo 1986
 28. Norma Técnica s/n. **Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas Hogar para Ancianos.** D.O. 29 de Mayo 1986.
 29. Norma Técnica s/n. **Prestación de Servicios de Asistencia Social Alimentaria a población marginada de escasos recursos.** D.O. 29 de Mayo de 1986
 30. Norma Técnica Número 60 **Prestación de Servicios de Asistencia Social en Comedores para población Indigente y de Escasos Recursos.** D.O. 25 de Septiembre de 1986.
 31. Norma Técnica Número 61 **Prestación de Servicios de Asistencia Social en Centros de Desarrollo Comunitario.** 25 de Septiembre de 1986.
 32. Norma Técnica Número 280. **Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casas de Protección Social para Adultos.** 18 de Febrero de 1988.

33. Norma Técnica Número 345 **Requisitos Arquitectónicos con el propósito de facilitar el acceso de los inválidos a los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud.** 4 de Diciembre de 1991.
34. **Programa de Salud del Adulto y el Anciano 2001-2006.** SSA
35. **Programa de Apoyo Alimentario y de Medicamentos para Adultos Mayores de 70 años y más que vivan en el Distrito Federal (Primera Fase).** SSA GDF 2000
36. **Programa de Apoyo Alimentario y de Medicamentos para Adultos Mayores de 70 años y más que vivan en el Distrito Federal (Segunda Fase).** SSA GDF 2001
37. **Programa Nacional de Salud 2001-2006.** Diario Oficial 21 de Septiembre de 2001, 127pp.
38. **Revista Entrelazándonos "Adultos Mayores",** Gobierno del Distrito Federal Diciembre 2003 número 4, 33pp.
39. **Revista Trimestral de Trabajo Social "Política Social",** ENTS-UNAM, México 2000, 84 pp.
40. **Revista Trimestral de Trabajo Social "Adultos Mayores",** ENTS-UNAM, México 2003, 142pp.
41. **Revista Gerontología y Geriatría con Enfoque de Riesgo IMSS.** Publicación Oficial de la Dirección de Prestaciones Médicas. Publicación Trimestral - Enero de 1999 -1. 40pp.
42. **Revista Gerontología y Geriatría con Enfoque de Riesgo IMSS.** Publicación Oficial de la Dirección de Prestaciones Médicas. Publicación Trimestral – Julio de 1999 -1. 40pp.
43. Sosa Ortiz AL. **Prevalencia de Síntomas Depresivos y Alteraciones Cognoscitivas en los Ancianos de una Comunidad del Distrito Federal** In: Tesis para Maestría en Psiquiatría. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina UNAM 1997.

ARTÍCULOS DE INTERNET

44. **Autoestima del Adulto Mayor** Nitin Desai; Subsecretario de la ONU para asuntos económicos y sociales. Fuente: LA NACION - 16/04/2002 - Página 10 - Ciencia/Salud.
45. **Familias y Envejecimiento: Oportunidades y Desafíos", Tema del día Internacional de las Familias, 15 de Mayo 14 de Mayo 2002** Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, en el Día Internacional de las Familias.
46. **Indicadores y Noticias de Salud de los Adultos Mayores.** Lía Daichman. La autora es gerontóloga y presidenta de la Red Internacional del Abuso y Maltrato en la Vejez. Fuente: LA NACION - 07/04/2002 - Página 48 Ciencia/Salud.
47. **Informe a la Comisión de Atención a la Tercera Edad, Jubilados y Pensionados en la II Asamblea Legislativa**¹ Asa Cristina Laurell; Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal
48. **Inteligencia emocional en el Adulto Mayor Avances y Desafíos para un Enfoque Integral.** José Luis Ysern de Arce. Nota: Este tema fue expuesto en el Seminario Internacional sobre la Tercera Edad, celebrado en Talca (Chile) la primera semana de Noviembre de 1999.
49. **Los Geriátricos: Símbolo del Fracaso de la Sociedad.** Enrique Poletti. Presidente de la Fundación para el Progreso de la Gerontología (FUNPROGER) 29 de Noviembre de 2001.

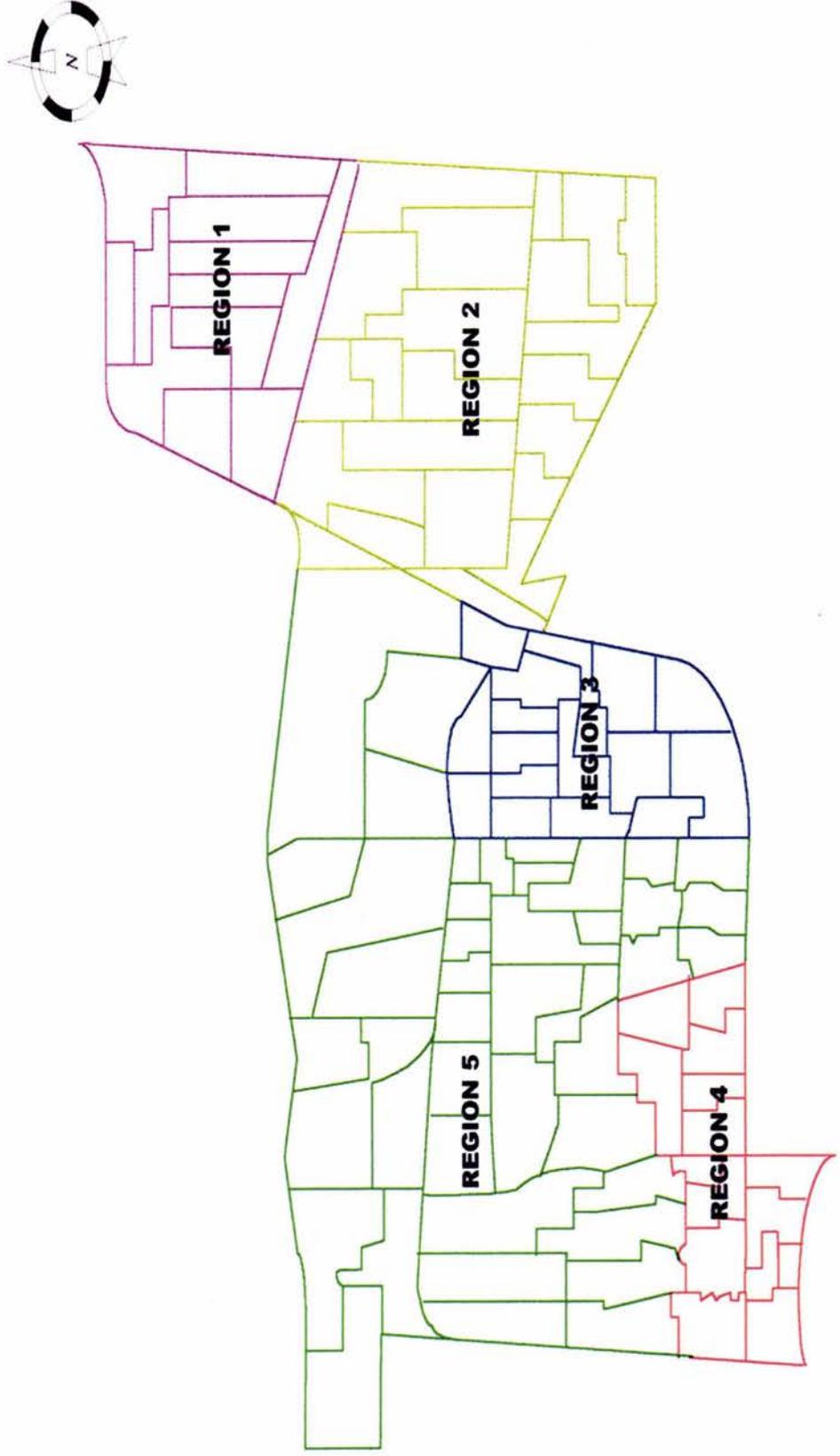
A N E X O S

1.- DIAGNÓSTICO DE IZTACALCO

2.-CUESTIONARIO

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL D.F.
JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
PROGRAMA DE EDUCACION FAMILIAR EN SALUD

AREA DE RESPONSABILIDAD POR REGION DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO



ANEXO 1 **DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE IZTACALCO**

Para el análisis de los resultados es importante ubicar políticamente a Iztacalco como una de las 16 delegaciones en que se divide el Distrito Federal, las cuales constituyen órganos desconcentrados del Departamento del Distrito Federal, el cual a su vez es el órgano establecido para el gobierno de la capital de la República por ello se presenta la siguiente investigación presentando un panorama general de las características ambientales, sociales, culturales y composición familiar de las familias que habitan en Iztacalco a través de la presentación del Diagnóstico Situacional de esta Jurisdicción investigación que se realiza como antecedente previo a la implementación del programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos a los Adultos Mayores en el año 2000.

La Jurisdicción Sanitaria IZTACALCO está integrada por cinco regiones representadas por los CSU. Dr. Luis Mazzotti Galindo (Región I), CSU. Dr. Manuel Pesqueira (Región II), CSU. Lic. Gabriel Ramos Millán (Región III), CSU. 2 de Octubre (Región IV) Y CSU. Dr. José Zozaya (Región V) los cuales se integran en 83 micro regiones de Alta, Media y Baja Marginalidad en 2,386 manzanas, las cuales comprenden 58,560 viviendas de las cuales se encuentran 15, 000 adultos mayores adscritos al **Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos a través de la tarjeta plástica "Cuenta- Despensa"** por esta razón se aplica la fórmula epidemiológica misma que nos da el tamaño de la muestra representativa de 900 Adultos Mayores inscritos al Programa de ahí la importancia de ubicar geográficamente la jurisdicción sanitaria IZTACALCO de esta forma podremos identificar con mayor acierto la dinámica familiar que prevalece en estas familias así mismo identificar los cambios que se han generado a raíz de la dotación de la tarjeta Cuenta-Despensa al Adulto Mayor.

LIMITES JURISDICCIONALES:

NORTE: Viaducto Río de la Piedad y Río Churubusco

SUR: Delegación Iztapalapa, 6 Sur Pie de la Cuesta, Avenida Apatlaco, Río Amarillo y Eje 3 Sur Ferrocarril de Río Frio.

ESTE: Eje 2 Oriente Calzada de la Viga, Eje 4 Oriente Río Churubusco, Oriente 217, Canal de San Juan, Delegación Iztapalapa y Estado de México.

OESTE: Delegación Benito Juárez, Calzada de Tlalpan, Atzayacatl, Avenida Plutarco Elías Calles y Río Churubusco.

LIMITES GEOGRAFICOS POR REGION OPERATIVA:

REGION I C.S.U. DR. LUIS MAZZOTTI GALINDO

NORTE: Canal de Churubusco

SUR: Calzada Ignacio Zaragoza

ESTE: Calle 7 y Estado de México

OESTE: Canal de Río Churubusco

REGION 2 CSU. DR. MANUEL PESQUEIRA

NORTE: Calzada Ignacio Zaragoza
SUR: Rio altar y Ferrocarril de Rio Frio
ESTE: Canal De San Juan
OESTE: Canal de Rio Churubusco

REGION III CSU. LIC. GABRIEL RAMOS MILLAN

NORTE: Eje 4 Sur Avenida THE, y Eje 3 Sur Vainilla
SUR: Avenida Apatlaco
ESTE: Eje 4 Oriente, Canal de Churubusco
OESTE: Circuito Interior y Avenida Rio Churubusco

REGION IV CSU. 2 DE OCTUBRE

NORTE: Playa Erizo, Prolongación Playa Erizo, Francisco I. Madero. Avenida Tezontle y Tezontle
SUR: Eje 6 Sur Pie de la Cuesta y Avenida Apatlaco
ESTE: Pascual Orozco, Estudios Churubusco, Eje 3 Oriente, Francisco del Paso y Troncoso y Eje 2 Oriente Calzada de la Viga.
OESTE: Avenida Plutarco Elías Calles y Eje 2 Oriente Calzada de la Viga.

REGION V CSU. DR. JOSE ZOZAYA

NORTE: Viaducto Rio de la Piedad
SUR: Playa Erizo, Prolongación Playa Erizo, Francisco I. Madero, Avenida Tezontle, Avenida Apatlaco, Eje 4 Sur, Avenida Plutarco Elías Calles, Eje 3 Sur Afil y Calzada Santa Anita.
ESTE: Canal de Churubusco, Oriente 217, Sur 187, Circuito Interior, Avenida Rio Churubusco, Eje 2 Oriente Calzada de la Viga.
OESTE: Calzada de Tlalpan, Atzayacatl, Avenida Plutarco Elías Calles, Pascual Orozco y Eje 3 Oriente Francisco del Paso y Troncoso.

1.- CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS:

Las características de las viviendas de la zona se integran principalmente por casa-habitación, vecindades y una gran cantidad de Unidades Habitacionales tanto añejas como de reciente creación, además de diversos asentamientos irregulares lo que genera hacinamiento y promiscuidad por habitar seres humanos con animales domésticos, en esta zona los servicios públicos con que cuenta la zona son los indispensables, agua, drenaje,, alumbrado publico, acciones de limpieza y recolección de desechos, vigilancia publica, etc., sin embargo en estos no existe supervisión ni mantenimiento por parte de las instituciones correspondientes además de que esta zona tiene gran concentración de población debido a que su extensión territorial no es muy amplia en sentido horizontal sin embargo la estructura de sus viviendas es vertical debido a la gran cantidad de Unidades Habitacionales lo que genera elevados índices de hacinamiento y promiscuidad debido a la convivencia con animales domésticos.

2.- RECURSOS DE SALUD:

El número de Instituciones de salud que se encuentran en la zona es de; 438 las cuales se integran por el **IMSS** a través de las Unidades de Medicina Familiar; 34, 35 Y 45, a demás de los Hospitales de Zona 30 y Hospital Troncoso, el **ISSSTE**, con la Clínica Nezahualcoyotl, el **DDF** con el Hospital Pediátrico Infantil de Coyuya, el **DIF** a través de los Centros de Atención de Desarrollo Integral (CADI) los cuales brindan actividades deportivas, culturales, de asesoría jurídica y servicios de guardería, la **SSA** con sus cinco centros de salud, la **DELEGACIÓN POLITICA** con los servicios médicos que presenta en las instalaciones de los Centros Sociales y la mayor parte de los servicios de salud se representa por particulares con 280 **CONSULTORIOS PARTICULARES** de medicina familiar y atención odontológica,. Además de algunas veterinarias y en **OTROS** se encuentran 160 Organismos diversos como son; los Centros de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Hospitales Particulares, Instituciones de Rehabilitación, YMCA, Hospital del Hueso, Laboratorios, Dispensarios, Farmacias y Ópticas entre otros.

3.- INSTITUCIONES EDUCATIVAS:

Los planteles educativos instalados en está zona son; 144 de **NIVEL BÁSICO** con 18 Guarderías y 126 Jardines de Niños, 118 de **NIVEL MEDIO** con 82 Escuelas Primarias y 36 Escuelas Secundarias, 19 de **NIVEL MEDIO SUPERIOR** integrados por Escuelas Preparatorias, Escuelas Comerciales, Escuelas Técnicas y CONALEP y 2 Escuelas de **NIVEL SUPERIOR**; UPICSA del Instituto Politécnico Nacional y de la UNAM el Plan A-36 (Instalaciones de la Facultad de Medicina), además de **OTROS** 29 Planteles educativos en los cuales imparten capacitación en; Ingles, Computación, Escuela de Matemáticas, CAPEP, Mecánica, Psicopedagogía, entre otras

4.-TIPOS DE COMERCIO:

Los 4,257 comercios que se encuentran en la zona están representados por 2,240 establecimientos de Alimentos (Envasados que representan el 26.5%, Preparados con el 19.1%, y Procesados con el 7.0%, todos ellos hacen un total de 52.6%), 375 Talleres Mecánicos con el 8.8% 114 Talleres de hojalatería y Pintura con el 2.7%, 11 Centros de Verificación con el 0.3%, 51 Ferreterías con el 1.2%, 107 Tlapalerías con el 2.5 %, 8 Gasolineras con el 0.2%, 15 Baños Públicos con el 0.4%, además de otros con 1,336 establecimientos diversos integrados por madereras, Estacionamientos, Públicos, Vides Juegos, Tintorerías, Mercados Ambulantes, Estéticas, Sastrerías, Estudios Fotográficos, Verdulerías y Rastros, todos ellos representan el 31.4% del total.

5.-OFICINAS GUBERNAMENTALES:

El mayor numero de oficinas y Departamentos Gubernamentales esta conformado por la Delegación Política de IZTACALCO la cual representa el 2.1%, dos oficinas del Registro Civil con el 4.3% cuatro oficinas de correos con el 8.5%, cinco oficinas de telégrafos de México con el 10.6%, tres oficinas de la Tesorería del Distrito Federal con el 6.4%, cinco oficinas de la Compañía de Luz y Fuerza con el 10.6%, una oficina del Fondo Nacional de Población (FONAPO) con el 2.1%, un almacén de combustible de PEMEX con el 2.1%, además de 25 oficinas de otras compañías como son; una Radiodifusora (RADIO CENTRO) Comisión de Agua, Oficinas de Limpieza y Transporte del DDF, Central de Telmex, IFE, Deposito de Carritos de Basura del DDF, Oficinas del PRI, una Casa Hogar de Niños de la Calle, Despacho Jurídico y una Asociación de Ecología con el 53.2%.

6.- SITIOS RECREATIVOS:

Se integra por 25 Deportivos con el 12.9%, 27 áreas verdes con el 13.9%, 30 Gimnasios con el 15.5%, 33 Centros Sociales con el 17.0%, Cinco Casas de la Cultura con el 2.6%, 49 Cantinas-bar o Pulquerías con el 25.3%, 8 Parques Públicos con el 4.1%, 2 Centros de Espectáculos con el 1.0%, un Teatro con el 0.5%, además de otros 13 integrados por Discoteca, Billares y Juegos de vides con el 6.7% del total.

7.- PRINCIPALES DEMANDAS DE LA POBLACIÓN:

Se refiere a la dotación de servicios públicos ya sea por la ausencia total de ellos o por la falta de mantenimiento y supervisión de los mismos, referente a alumbrado publico, agua potable, alcantarillado y drenaje con la falta de reparación de coladeras, acciones de limpieza insuficiente la recolección de desechos municipales, falta de limpieza en parques, camellones y banquetas, comercios establecidos en vía publica en lo referente al Manejo Higiénico de los mismos y a la falta de supervisión de las autoridades correspondientes, seguridad publica insuficiente en muchas colonias nula vigilancia, en áreas verdes aseo, mantenimiento y vigilancia de estos espacios recreativos saneamiento ambiental control irregular de criaderos clandestinos de animales de granja principalmente (Aves y Cerdos) de igual manera demandan mejoramiento de la atención personal y de consulta a la población que asiste a consulta medica en los centros de salud de la zona al momento que solicitan la consulta o de quejas en relación al modulo de informes, archivo, farmacia, además de demandas mayor cantidad de medicamentos en las Farmacias y de material en el servicio dental, así también solicitan que se establezca el servicio de urgencias en las unidades de salud con horario completo de 24 horas.

8.- DEMANDAS DE ASESORIA EN ASPECTOS DE SALUD:

Los padecimientos con mayor demanda son los Problemas Visuales, por ello solicitan apoyo y orientación para la adquisición de lentes a bajo costo esto representa el 61.4%, Atención de Adicciones 10.0%, Diabetes Mellitus 8.4%, Hipertensión Arterial con el 6.3%, Padecimientos Mentales 1.0%, Problemas Ortopédicos 2.2%, Rehabilitación de Secuelas con el 0.5%, Desnutrición con el 0.2%, Un caso de SIDA, además de otros con 2,336 casos de; Artritis, Asma, Problemas Cardiacos, Problemas Dentales, Alergias, Problemas Auditivos, Problemas de Conducta y Aprendizaje, Infecciones Renales, Parkinson, hidrocefalia, Colitis, Flebitis, Fiebre Reumática y Violencia Familiar todas ellas representan el 10.0% del total.

9.- PROBLEMAS SOCIALES:

Los de mayor demanda son el Alcoholismo, Tabaquismo y Drogadicción que en conjunto propician el pandillerismo e inseguridad publica debido al hecho de reunirse diversos grupos de jóvenes para ingerir estas bebidas y otras sustancias en los terrenos baldíos esquinas o en la vía publica, de esta forma se propician asaltos a mano armada a vehículos y casa-habitación a cualquier hora del DIA esto se incrementa en mayor medida por la escasa vigilancia y transito de patrullas en todas las colonias que comprenden la Delegación Política de IZTACALCO.

10.- INSTITUCIONES RELIGIOSAS:

En el área geográfica de IZTACALCO se encuentran 21 Iglesias algunas de estas son: San Francisco, Virgen María Auxiliadora, San Pedro, Zapotla, Los Reyes Magos, Señora de Guadalupe, Santiago Apóstol y Purísima Trinidad y 18 Templos (Metodistas, Evangélicos, Cristianos, Espiritistas y Presbiteriano) con nombres como; Templo Monte Siòn, El Nazareno, Monte Hareb, Sinagoga, Eben-Ezer y Solo Jesús Salva entre otros en todos ellos se realizan reuniones periódicas para replicar sus cleros de igual forma conmemoran sus aniversarios y festividades a través de ceremonias acompañadas por la instalación de Ferias y la quema de juegos pirotécnicos hasta la organización de Carnavales.

FESTIVIDADES RELIGIOSAS:

- | | |
|--|---|
| • Santiaguito (27de Junio) | * Virgen de Guadalupe (12 de Diciembre) |
| • Virgen del Carmen (16 de Julio) | * Virgen Maria Auxiliadora |
| • La Santa Iglesia (6 de Enero) | * Zapotla |
| • Semana Santa Representación de la ultima cena de Vía crucis (Domingo de Ramos) | |
| • Carnaval (Quema del Diablo) | * Santa Anita |
| • La Cruz (Mayo) | * San Pedro |

11.- ORGANIZACIÓN COMUNITARIA:

Esta se presenta de forma informal a través de la Delegación Política, los líderes de Barrio, Representantes de Partidos Políticos, Comité Juvenil "José Martí" del PRD, Taxomex AC, Asociación del PRI, Comité Distrital del PAN, Casa de la Cultura del PRD, Campamento del Frente Popular "Francisco Villa" representados por el Sr. Lucio García , así también Comités de Barrio, algunos de ellos coordinados por la Delegación Política de IZTACALCO, solo en algunas zonas se proporciona el nombre de los líderes algunos de ellos son; Armando Quintero actual delegado político y el Diputado Emilio Serrano.

12.- ASPECTOS CULTURALES:

Las características culturales varían dependiendo de cada región geográfica de la que hablemos sin embargo se puede englobar una serie de aspectos de forma general que nos permiten enlistar las principales festividades del área de las cuales son en su mayoría conmemoraciones religiosas, semana santa, aniversario de Barrios y Colonias, Fiestas Patrias encabezado por la Delegación Política, Fiestas Decembrinas., de igual manera al interior de las viviendas se realizan reuniones en pequeños grupos para conmemorar onomásticos, aniversarios u otras festividades propias de cada familia a sus hábitos y costumbres o de acuerdo al lugar de origen de ellos o de sus cónyuges, padres, abuelos, etc.

ANEXO 2**CUESTIONARIO****"ANÁLISIS DE LA RELACION PERSONAL ENTRE EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA"**

NOMBRE _____

SEXO: Femenino () Masculino () Edad _____

LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito Federal () Otro _____

1. CUANTO TIEMPO TIENE CON SU TARJETA CUENTA-DESPENSA?

Un año () Dos años () Tres años ()

2. ¿QUÉ SIGNIFICA PARA USTED CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?

- a) Apoyo ()
- b) Tranquilidad ()
- c) Seguridad ()

¿Por qué? _____

3-¿EL CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA LE PERMITE APOYAR EL GASTO FAMILIAR?

Sí () No ()

4-¿QUIÉN LO ACOMPAÑA A HACER SUS COMPRAS?

- a) Cónyuge ()
- b) Hijos (as) ()
- c) Nietos (as) ()
- d) Vecinos ()
- e) Nadie ()

¿Por qué? _____

5-¿QUÉ PRODUCTOS COMPRA CON SU TARJETA CUENTA-DESPENSA?

- a) Abarrotes ()
- b) Ropa ()
- c) Electrodomésticos ()
- d) Medicamentos ()
- e) Otros ()

¿Cuáles? _____

6-¿LE ALCANZA PARA ADQUIRIR LO QUE NECESITA?

a) Sí () b) No ()

¿Por qué? _____

7-¿ANTES DE CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA CÓMO ERAN SUS RELACIONES FAMILIARES?

- a) Buenas ()
- b) Malas ()
- c) Excelentes ()
- d) Indiferencia ()

8-¿ACTUALMENTE COMO SON LAS RELACIONES CON SU FAMILIA A PARTIR DE CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?

- a) Iguales ()
- b) Mejores ()
- c) Peor ()
- d) Excelentes ()

¿Por qué? _____

9-¿QUÉ OPINA SU FAMILIA DE QUE USTED CUENTE CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?

- a) Contentos ()
- b) Interesados ()
- c) Indiferentes ()
- d) Ambiciosos ()

¿Por qué? _____

10.- ¿EL CONTAR CON DINERO LE HA OCASIONADO CONFLICTOS FAMILIARES?

Sí () No ()

- a) Deterioro en la Comunicación familiar ()
- b) Avaricia por sus familiares ()

11.- ¿SIENTE USTED QUE SU NIVEL DE VIDA HA MEJORADO A RAÍZ DE CONTAR CON LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?

a) Sí () b) No () De qué forma _____

12.- ¿QUE HARÍA USTED SI EL PROGRAMA DE LA TARJETA CUENTA-DESPENSA DESAPARECIERA?

- a) No importaría ()
b) Continuaría Trabajando ()
c) Tendría presiones económicas ()
d) Dependería económicamente de sus hijos ()
e) Continuaría viviendo con su pensión ()

13.- ¿CÓMO SUSTITUIRÍA LA AUSENCIA DE LA TARJETA CUENTA-DESPENSA?

- a) Trabajando ()
b) Pensión ()
c) Comercio ()
d) Apoyo de familiares ()
e) No sabe ()
f) No lo ha pensado ()
g) No tengo manera ()

14.- ¿ACTUALMENTE CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

- a) Soltero (a) () b) Casado (a) ()
c) Unión Libre () d) Divorciado (a) ()
e) Separado (a) () f) Viudo (a) ()

15.- ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?

- a) Sin escolaridad () b) Sabe leer y escribir ()
c) Primaria () d) Secundaria ()
e) Bachillerato () f) Profesional ()
g) Maestría () h) Doctorado ()

16.- ¿ACTUALMENTE CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

- a) Empleado (a) () b) Comerciante ()
c) Campesino (a) () d) Patrón (a) o Empresario (a) ()
e) Trabajador (a) por su cuenta () f) Jubilado (a) o pensionado (a) ()
g) Ama de Casa () h) Desempleado (a) ()

17.-DERECHOHABIENCIA ¿Tiene derecho a servicio médico por sí mismo o por parte de algún familiar?

Sí () No ()

¿En qué Institución?

- a) IMSS () b) ISSSTE ()
c) PEMEX, EJERCITO O MARINA () d) PRIVADO ()
e) OTRAS (SSA O DDF) ()

18.- ¿ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE?

- a) Solo (a) () b) Cónyuge ()
c) Hijos () d) Familiares ()
e) Amigos ()

19.-ESTADO DE SALUD ¿Tiene alguna enfermedad confirmada por el médico?

- SÍ () NO ()
a) Hipertensión Arterial () b) Diabetes Mellitus ()
c) Obesidad () d) Osteoporosis ()
e) Problemas Cardiacos () f) Circulatoria ()
g) Insuficiencia Renal () h) Depresión ()
i) Otra () ¿Cuál? _____

20. ¿CON QUE FRECUENCIA ASISTE AL MÉDICO?

- a) Una vez a la Semana () b) Una vez cada quince días ()
c) Una vez al mes () d) cada tres meses ()
e) Nunca () f) Ocasional ()

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PARTICIPACION



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Programa De Posgrado En Ciencias De La
Administración**

OFICIO: PPCA/GA/2004

ASUNTO: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General De Administración Escolar
De Esta Universidad
P r e s e n t e.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe De La Unidad De Administración Del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Beatriz Mejía Alcaraz**, presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité Académico de las Maestrías, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

E en N. Jorge Ruiz de Esparza García	Presidente
M. en C. Rocío Llarena de Thierry	Vocal
M.A.S.S. Carlos Real Venegas	Secretario
M.A.P. José Luis Gómez Leal	Suplente
E. en R. Ramón Echenique Portillo	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Cd. Universitaria, D.F., 14 de junio de 2004.
El Coordinador Del Programa

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez