



Informe especial
sobre la situación de los derechos humanos
de las personas adultas mayores
en las instituciones del Distrito Federal

► 2007

15 años
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL
Comisión de
Derechos
Humanos
del Distrito Federal

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL**

PRESIDENTE

Emilio Álvarez Icaza Longoria

CONSEJO

Elena Azaola Garrido
Daniel Cazés Menache
Santiago Corcuera Cabezut
Denise Dresser Guerra
Patricia Galeana Herrera
Ángeles González Gamio
Armando Hernández Cruz
Clara Jusidman Rapoport
Carlos Ríos Espinosa
José Woldenberg Karakowsky

SECRETARÍAS

Ejecutiva

Luis J. Vaquero Ochoa

Técnica

Ricardo Bucio Mújica

VISITADURÍAS

Primera José Cruz Lavanderos Yáñez
Segunda Patricia Colchero Aragonés
Tercera Luis González Placencia
Cuarta María Alejandra Nuño Ruiz Velasco

DIRECCIONES GENERALES

Administración

Román Torres Huato

Comunicación Social

Hugo Morales Galván

Educación y Promoción de los Derechos Humanos

Daniel Ponce Vázquez

Quejas y Orientación

Víctor Morales Noble

CONTRALORÍA INTERNA

Rosa María Cruz Lesbros

DIRECCIONES EJECUTIVAS

Investigación y Desarrollo Institucional

E. Dorothy Estrada Tanck

Seguimiento

Rosalinda Salinas Durán

COORDINACIONES

Asesores

Sergio Santiago Galván

Asuntos Jurídicos

María del Rosario Laparra Chacón

Interlocución Institucional y Legislativa

Víctor Brenes Berho

**RELATORÍA PARA LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN
Y ATENCIÓN A DEFENSORAS Y DEFENSORES
DE DERECHOS HUMANOS**

Eréndira Cruzvillegas Fuentes

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Laura Gutiérrez Robledo

Informe especial
sobre la situación de los derechos humanos
de las personas adultas mayores
en las instituciones del Distrito Federal
▶ 2007

Fotografía de portada (*detalle*): Carlos Franco Puga.

Fotografías de interiores por orden de presentación: Favián Camacho González (*detalle*, capítulo I); Javier Ríos Fernández (capítulo II); Carlos Franco Puga (capítulo III); Signe Andersen (*detalle*, capítulo IV; y *detalle*, apartado Conclusiones); y Archivo CDHDF (apartado Propuestas).

Primera edición, 2008

D. R. © 2008, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Av. Chapultepec 49, Centro Histórico
06040 México, D. F.
www.cd hdf.org.mx

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta

ISBN: 978-607-7625-08-7

Impreso en México

Printed in Mexico

CONTENIDO

Presentación	11
Testimonios de personas adultas mayores	13
Introducción (párrafos 1-16)	15
I. Envejecimiento poblacional y situación de las personas adultas mayores (párrafos 17-165)	19
A. Un mundo que envejece	21
1. El envejecimiento como fenómeno social	23
2. Situación de las personas adultas mayores a nivel mundial	25
3. Conclusiones	28
B. Envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe	29
1. Situación de las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe	30
a) Perfil de la población adulta mayor	31
b) Situación de la población adulta mayor	34
➤ Seguridad económica	34
➤ Salud y bienestar	38
➤ Entornos favorables	41
<i>Entornos sociales favorables</i>	41
<i>Entornos físicos favorables</i>	43
2. Conclusiones	44
C. Envejecimiento demográfico en México	46
1. Situación de las personas adultas mayores en México	50
a) Seguridad económica	53
b) Salud y bienestar	55
c) Entornos sociales favorables	55
2. Conclusiones	57
D. Envejecimiento demográfico en el Distrito Federal	59
1. Situación de las personas adultas mayores en el Distrito Federal	60
a) Seguridad económica	62
b) Salud y bienestar	64
c) Entornos sociales favorables	66
2. Situación de las personas adultas mayores en el ámbito delegacional	69
3. Conclusiones	71
II. Marco jurídico (párrafos 166-227)	73
A. Sistema internacional de protección de las personas adultas mayores	75
1. Instrumentos declarativos	75
a) Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	75
b) Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad	77
c) Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	79
➤ Personas de edad y desarrollo	81
➤ Fomento de la salud y el bienestar en la vejez	82
➤ Creación de un entorno propicio y favorable	83

d) Acciones posteriores al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	84
2. Instrumentos convencionales	85
B. Marco jurídico creado en sede nacional	89
III. Marco metodológico (párrafos 228-249)	93
A. Objetivos	95
1. Objetivo general	95
2. Objetivos específicos	95
B. Tipo de estudio	95
1. Instrumentos de medición	96
2. Referencias metodológicas	96
a) Aplicación piloto	97
b) Muestra	97
➤ Muestreo proporcional (IAP, CAIS, AC)	98
c) Aplicación de instrumentos	99
IV. Situación de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal (párrafos 250-610)	101
A. Asistencia social en el Distrito Federal	103
1. Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal	103
2. Antecedentes	105
a) Calificación global	105
3. Personas beneficiarias del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal	106
B. Consideraciones previas	108
1. Dinámicas de trabajo	108
2. Naturaleza jurídica y financiamiento	109
3. Número de personas beneficiarias	111
4. Perfil de la población beneficiaria	112
C. Resultados de la aplicación de los instrumentos de medición	112
1. Entrevista a la autoridad	113
a) Derecho a la vida con calidad	113
➤ Instituciones de asistencia privada	113
➤ Centros de asistencia e integración social	114
b) Derecho a la no discriminación	115
➤ Instituciones de asistencia privada	115
➤ Centros de asistencia e integración social	115
c) Derecho a una vida libre de violencia	116
➤ Instituciones de asistencia privada	116
➤ Centros de asistencia e integración social	116
d) Derecho a ser respetadas en su persona	117
➤ Instituciones de asistencia privada	117
➤ Centros de asistencia e integración social	118
e) Derecho a ser protegidas contra la explotación	118
➤ Instituciones de asistencia privada	118

➤ Centros de asistencia e integración social	118
f) Derecho a recibir protección	119
➤ Instituciones de asistencia privada	119
➤ Centros de asistencia e integración social	120
g) Derecho a gozar de oportunidades	120
➤ Instituciones de asistencia privada	120
➤ Centros de asistencia e integración social	121
h) Derecho a vivir en entornos dignos, decorosos y seguros	122
➤ Instituciones de asistencia privada	122
➤ Centros de asistencia e integración social	122
2. Espacios e instalaciones	122
a) Área de baño	123
➤ Instituciones de asistencia privada	123
<i>Limpieza</i>	123
<i>Mantenimiento</i>	123
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	123
➤ Centros de asistencia e integración social	123
<i>Limpieza</i>	123
<i>Mantenimiento</i>	124
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	124
b) Área de cocina	125
➤ Instituciones de asistencia privada	125
<i>Limpieza</i>	125
<i>Mantenimiento</i>	125
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	125
➤ Centros de asistencia e integración social	125
<i>Limpieza</i>	125
<i>Mantenimiento</i>	126
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	127
c) Infraestructura y mobiliario del inmueble en general	127
➤ Instituciones de asistencia privada	127
➤ Centros de asistencia e integración social	127
d) Medidas de protección civil	129
➤ Instituciones de asistencia privada	129
➤ Centros de asistencia e integración social	130
e) Área de dormitorios	131
➤ Instituciones de asistencia privada	131
<i>Limpieza</i>	131
<i>Mantenimiento</i>	131
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	131
➤ Centros de asistencia e integración social	132
<i>Limpieza</i>	132
<i>Mantenimiento</i>	132
<i>Infraestructura y mobiliario</i>	133
f) Área de Comedor	134
➤ Instituciones de asistencia privada	134

	<i>Limpieza</i>	134
	<i>Mantenimiento</i>	134
	<i>Infraestructura y mobiliario</i>	134
➤	Centros de asistencia e integración social	134
	<i>Limpieza</i>	134
	<i>Mantenimiento</i>	134
	<i>Infraestructura y mobiliario</i>	135
g)	Área de visitas	135
➤	Instituciones de asistencia privada	135
	<i>Limpieza</i>	135
	<i>Mantenimiento</i>	135
	<i>Infraestructura y mobiliario</i>	135
➤	Centros de asistencia e integración social	136
3.	Entrevistas a las personas adultas mayores beneficiarias	136
a)	Datos generales	136
b)	Instituciones de asistencia privada	137
➤	Alimentación	138
➤	Trato por parte del personal	138
➤	Atención médica	141
➤	Observaciones adicionales	143
c)	Centros de asistencia e integración social	147
➤	Alimentación	147
➤	Trato por parte del personal	152
➤	Atención médica	155
➤	Observaciones adicionales	158
4.	Asociaciones civiles	165
a)	Un Granito de Arena, A. C.	166
b)	Fuerza y Voluntad de 22 Campesinos, A. C. y Comunidad Participativa Tepito	166

Conclusiones

A.	Derecho a una vida con calidad	171
1.	Instituciones de asistencia privada	171
2.	Centros de asistencia e integración social	171
B.	Derecho a la no discriminación	172
1.	Instituciones de asistencia privada	172
2.	Centros de asistencia e integración social	172
C.	Derecho a una vida libre de violencia	172
1.	Instituciones de asistencia privada	172
2.	Centros de asistencia e integración social	173
D.	Derecho a ser respetadas en su persona	173
1.	Instituciones de asistencia privada	173
2.	Centros de asistencia e integración social	173
E.	Derecho a ser protegidas contra la explotación	174
1.	Instituciones de asistencia privada	174
2.	Centros de asistencia e integración social	174

F.	Derecho a recibir protección	174
1.	Instituciones de asistencia privada	174
2.	Centros de asistencia e integración social	174
G.	Derecho a gozar de oportunidades	175
1.	Instituciones de asistencia privada	175
2.	Centros de asistencia e integración social	175
H.	Derecho a vivir en entornos dignos, decorosos y seguros	176
1.	Instituciones de asistencia privada	176
2.	Centros de asistencia e integración social	176
I.	Derecho a la alimentación	177
1.	Instituciones de asistencia privada	177
2.	Centros de asistencia e integración social	177
J.	Derecho a la salud	178
1.	Instituciones de asistencia privada	178
2.	Centros de asistencia e integración social	178
 Propuestas		
A.	Propuestas generales	181
1.	Política pública	181
2.	Elaborar el Registro del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal	181
3.	Reglamentar la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal	182
4.	Realizar una campaña de difusión	182
5.	Corregir y renovar los mecanismos de evaluación aplicados	182
6.	Convocar a los sectores social y privado	183
7.	Definir una estrategia de financiamiento	183
B.	Propuestas específicas para los CAIS y las IAP	184
1.	Acciones de promoción y difusión	184
2.	Acciones tendientes a procurar el derecho a una vida con calidad	185
a)	Espacios e instalaciones	185
b)	Servicio	186
 Siglas y acrónimos		
		188
 Bibliografía		
		189
 Anexos		
A.	Instrumentos	195
B.	Objetivos y escalas de medición de los instrumentos utilizados	215
C.	La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y las personas adultas mayores	223

Presentación

La sobrevaloración de los atributos relacionados a la juventud ha traído como consecuencia la discriminación de las personas adultas mayores. A diario, en el ámbito familiar, en la comunidad y en las instituciones se reproducen patrones culturales que atienden a una percepción negativa de la vejez.

Partiendo de un *falso estereotipo* se concibe que las personas adultas mayores se encuentran en una etapa del ciclo de vida caracterizada por: la enfermedad, improductividad, ineficiencia, pérdida de algunas capacidades intelectuales y físicas, *reinfantilización*; en suma, por la decadencia. A consecuencia de estos prejuicios, las personas adultas mayores enfrentan una serie de retos para poder acceder en los diferentes ámbitos al efectivo respeto, goce y ejercicio de sus derechos humanos.

La situación de vulnerabilidad que enfrenta este grupo atiende a las razones referidas y, no en sí, a las consecuencias que entraña el proceso cronológico, natural e irreversible del envejecimiento. Por ello, se requiere impulsar un cambio cultural que permita no sólo erradicar las actitudes que se traducen en discriminación y exclusión de este grupo, sino cambiar la percepción y las expectativas que las personas adultas mayores tienen respecto de sí mismas.

El envejecimiento no puede ser visto como un proceso paulatino de la esfera privada ajeno a la dinámica social y la planeación estratégica de la gestión gubernamental. Bajo este escenario, resulta imposterizable que en la agenda pública se incluyan las demandas de las personas adultas mayores relativas, por un lado, a la disposición de servicios sociales que satisfagan las necesidades específicas que se desprenden de su condición y, por otro lado, a la solución de problemas y violaciones originadas por la discriminación de que son víctimas.

A través de este informe especial, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) contribuye al objetivo planteado, teniendo plena conciencia de que la complejidad del problema de violación a los derechos humanos de las personas adultas mayores es tal, que resulta imposible abarcarlo en un primer momento. Dentro de este sector de la población hay grupos que enfrentan una situación de vulnerabilidad mayor que requieren de un análisis especializado, cuidadoso y detallado que permita identificar sus problemáticas específicas y, con base en éstas, ofrecer posibles líneas de atención.

En consecuencia, este documento sólo representa un paso de la línea de atención estratégica que este organismo implementará para dar cabida a la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores, particularmente de aquellas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad: las personas adultas mayores beneficiarias de la asistencia social; las personas longevas, es decir, aquellas que tienen 80 años o más; las personas adultas mayores que padecen alguna enfermedad crónica y/o algún problema de discapacidad; y las mujeres.

Agradecemos el trabajo del personal de la Primera Visitaduría General de la CDHDF, en especial a Alejandra Pamela San Martín Ríos y Valles y Edil Gabriela Benítez Gutiérrez, por su participación en la elaboración de este informe especial. También agradecemos las observaciones realizadas por el especialista en el tema Juan José Perdomo Salgado, presidente nacional de la Asociación Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores Jubilados y Pensionados, A. C.; y de la doctora Elena Azaola Garrido, consejera de la CDHDF.

Por otra parte, agradecemos a la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAPDF) y al Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal (Iasis) la invaluable colabo-

ración que brindaron a esta Comisión para la implementación de las visitas llevadas a cabo a las instituciones de asistencia privada (IAP), los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) y las asociaciones civiles (AC), respectivamente, que hicieron posible este informe.

Por último, agradecemos a todas las personas adultas mayores que compartieron con esta Comisión, no sólo su percepción respecto del servicio asistencial del que son beneficiarias, sino sus experiencias de vida.

Testimonios de personas adultas mayores

Un día mi hija me dijo: “preparate dos cambios”. Era muy tarde... yo no entendí para qué, pero para no hacerla enojar mejor ni le pregunté. Me dijo “échalas en una bolsa, vamos a salir a dar una vuelta”. Subí al coche; íbamos mi hija, mi nieta y yo. Anduvimos dando vueltas un buen rato, no recuerdo cuánto tiempo, lo que sí recuerdo es que no hablamos y que después de un rato me sentí perdida. Después, en una calle muy oscura, me dijo ¡bájate! Yo no entendía nada. “¡Bájate, aquí te vas a quedar!” Yo no quería, pero no había nada que hacer. Caminé y lloré... mucho tiempo... era muy tarde. Después una patrulla me encontró llorando, en la calle, sola. Me trajeron aquí... ¿sabe?, creo que aquí estoy mejor. De no haberme abandonado mi hija, un día me hubiera suicidado como mi hijo me lo pidió...

*Beneficiaria de un Centro de Asistencia e Integración Social
del Gobierno del Distrito Federal
(85 años de edad)*

Nací en Tepic en la segunda década del siglo XX. Mi madre me sacó adelante. Mis padres tuvieron nueve hijos; fui el penúltimo de cinco hombres y cuatro mujeres. A los 30 años llegué a la ciudad de México, me tocó vivir un tiempo en la calle, después entré a trabajar a un restaurante como mesero. Ahí conocí a una persona del sindicato de Donceles 28 [Unión Nacional de Trabajadores de la Industria Alimenticia, Restaurantera, Gastronómica y Similares y Conexos Donceles 28]. Después entré a trabajar al sindicato, yo era más capaz que muchos. Un día, al llegar al sindicato, me dijeron que me estaban esperando en Los Pinos. Yo había atendido antes al presidente, pero pensé que era una broma y no: el presidente me pidió que fuera su *valet*. Viví muy bien unos años, pero, ya sabe cómo es esto: mi vida estuvo marcada por las mujeres y el alcohol hasta que llegué a vivir en la calle y después me cansé y llegué aquí. Todos mis hermanos están muertos ¡Ah!, lo que sí me da ilusión es tomarme un traguito de tequila de vez en cuando. Me acerco a vivir un siglo de vida, no sé si lo voy a aguantar, lo que sí sé es que me siguen gustando mucho las mujeres, pero ya no estoy en condiciones para acercarme a ellas. Ahora estoy viejo y enfermo, tengo alzheimer. Hay días que al despertarme no recuerdo mi nombre... paso mucho tiempo sin poderlo recordar...

*Beneficiario de un Centro de Asistencia e Integración Social
del Gobierno del Distrito Federal
(94 años de edad)*

Todo cambió desde la muerte de mi esposo. Fue tan bueno conmigo; siempre les decía a mis hijos que buscaran tener una esposa y una madre para sus hijos como yo. Nunca me imaginé vivir en un lugar como éste; no me tratan mal, el lugar no es feo pero... después de haber vivido las cosas que viví, viajes, reuniones con políticos y empresarios... y después esto: el abandono total. Mis hijos nunca me hablan por teléfono, no convivo con mis nietos... Dijeron que por mi enfermedad [alzheimer] ya no podía seguir viviendo en mi casa y me trajeron a este lugar. Ellos no pagan la cuota de la institución; yo tengo una casa en las Lomas, la rentan y con eso pagan. Qué hacen con el resto del dinero es lo que

menos importa: estoy totalmente sola. No puedo buscar a mis amigas, la verdad me da vergüenza decirles dónde estoy. Para mí la vida ya no importa, quisiera poder terminar con todo esto...

*Beneficiaria de una Institución de Asistencia Privada
(80 años de edad)*

Yo tenía, bueno, trabajaba en una tienda de losetas, persianas y alfombras. Un día salí a visitar a unos clientes y en la estación del metro General Anaya me agarró un derrame cerebral. Me recogió una ambulancia que me llevó al hospital. Como a los dos meses me echaron del hospital, sin mi ropa, mis zapatos y mi dinero; me dijeron que no había llegado la recepcionista y no me los podían entregar. Como seguía mal de salud, en una ambulancia me llevaron al lugar donde trabajaba, pero como yo no tenía llaves y el dueño no estaba, me llevaron a un albergue... ahí permanecí unos meses. Después me trajeron para acá. Yo tengo un hermano que vive bien, tiene casa y familia... ¿usted me haría el favor de hablarle por teléfono? Aquí dicen que ya le hablaron pero yo no les creo... dígame que sólo lo quiero ver... por favor... ¿no ve que me estoy muriendo?... La próxima vez que venga ya no me va a encontrar... yo ya me quiero morir, me deberían dejar morir... Oiga, ¿le puedo pedir un favor?... déme un abrazo...

*Beneficiario de un Centro de Asistencia e Integración Social
del Gobierno del Distrito Federal
(75 años)*

Introducción

*¡Ah!, la vejez.
Entre la nieve, al fin,
sé lo que es.
Nadie me viene a ver.
No tengo a dónde ir.*

FUJIWARA NO TEIKA

1. Para 2005, de los 8 millones 720 mil 916 personas que habitaban esta ciudad, 859 438 eran adultas mayores, es decir, cerca de 10%. De acuerdo con los pronósticos demográficos, este porcentaje se incrementará a 16% en 2020, y diez años más tarde alcanzará 21 por ciento. El incremento de la participación porcentual de las personas adultas mayores respecto del total de la población es un acontecimiento mundial, con motivo de la transición demográfica acontecida en las últimas décadas.
2. De forma gradual, este envejecimiento poblacional orilló a que los Estados, los organismos internacionales, las instituciones, la sociedad civil y la academia voltaran sus ojos hacia el grupo poblacional conformado por las personas de 60 años o más. Así se instalaron en la agenda pública diversos temas relacionados con los retos y oportunidades que conlleva el envejecimiento poblacional, así como con las dificultades que enfrentan las personas adultas mayores para acceder al pleno respeto, goce y ejercicio de sus derechos.
3. De este modo, tras haber sido invisibilizadas durante un largo periodo, las diversas demandas y problemáticas de las personas adultas mayores salieron a la luz. La situación de vulnerabilidad se hizo evidente: discriminación y exclusión, producto de la percepción negativa de la vejez; falta de diseño e implementación de políticas públicas destinadas a satisfacer sus necesidades específicas de servicios (asistencia social, educación, atención médica, accesibilidad, protección jurídica, etc.); abandono familiar y social; abusos y violencia.
4. El presente informe atiende a la preocupación por parte de este organismo respecto de esta situación de vulnerabilidad. A diario, las mujeres y hombres de 60 años o más que habitan esta ciudad enfrentan un sinnúmero de barreras culturales e institucionales para poder acceder a un nivel de vida adecuado, donde tenga cabida la satisfacción de sus necesidades prioritarias (seguridad económica, acceso a la salud y entornos sociales favorables) y la realización de sus expectativas de desarrollo en los diferentes ámbitos (familiar, social, intelectual, físico, etcétera).
5. Lamentablemente, aun cuando se han comenzado a implementar acciones en materia legislativa y gestión pública, hoy, la vulneración de los derechos humanos de este grupo es una realidad. Por ello resulta imperante estimular la reflexión y el análisis necesarios para identificar los retos que enfrentamos, por un lado, en el ámbito cultural como sociedad, y por el otro, en el de la administración pública, tanto coyuntural como estructuralmente, para hacer posible que las personas adultas mayores puedan gozar y ejercer sus derechos.

6. Con este informe, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) asume la responsabilidad de contribuir en la identificación de estos retos, así como definir propuestas orientadas a superarlos. Aunque también es preciso aclarar que con este documento se inicia el acercamiento analítico a la situación de este grupo, a través del estado que guardan los derechos de las personas adultas mayores beneficiarias de la asistencia social, y que ello atiende a dos razones: primero, la condición de vulnerabilidad de las personas adultas mayores institucionalizadas,¹ en la mayoría de los casos es más aguda que la del resto de las personas que pertenecen a este grupo, debido al abandono familiar y la falta de recursos y protección de que adolecen; segundo, la tarea de analizar la situación de los derechos humanos de la población adulta mayor de esta ciudad conlleva dificultades que metodológica e institucionalmente era imposible afrontar en este primer acercamiento.

7. Aunado a esto y como consecuencia de la incipiente incorporación de las personas adultas mayores a la agenda pública, de que los estudios que desde los ámbitos de la academia, la sociedad civil y la gestión gubernamental, así como aquéllos emprendidos por los organismos internacionales no han avanzado hasta lograr una subespecialización en el análisis de las y los integrantes de este grupo poblacional, la investigación para realizar este informe partió del análisis global del grupo de los adultos mayores institucionalizados, sin establecer alguna subdivisión que permitiera diferenciar entre condiciones específicas que colocaran a algunos integrantes del grupo en una situación de mayor vulnerabilidad que el resto (por cuestiones de género, edad y salud).

8. Tal como sucede en los estudios emprendidos desde las diversas disciplinas y los diferentes ámbitos, en este documento las mujeres adultas mayores, las personas longevas y aquéllas con una enfermedad crónica y/o una discapacidad fueron incluidas como parte del grupo poblacional integrado por las personas adultas mayores. En los casos en que la información disponible así lo permitió, se puntualizaron aquellas diferencias que ventilaban que éstas enfrentaban una situación de vulnerabilidad mayor.

9. Con el fin descrito, se desarrollan en este informe cuatro capítulos y tres apartados que incluyen conclusiones, propuestas y anexos. En el capítulo I. Envejecimiento poblacional y situación de las personas adultas mayores, se ofrece un análisis del proceso de envejecimiento, seguido por un acercamiento a la situación de las personas adultas mayores en los ámbitos internacional, regional (América Latina y el Caribe), nacional y local, mediante el que se identifican los principales retos que enfrenta este grupo para acceder al pleno goce y el ejercicio de sus derechos.

10. El capítulo dos denominado “Marco jurídico”, contiene una aproximación a la construcción del sistema internacional, nacional y local de protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

11. El capítulo tres describe el marco metodológico al cual se ajustó la investigación realizada en las instituciones de asistencia privada, los centros de asistencia e integración social y las asociaciones civiles que atienden a personas adultas mayores en el Distrito Federal, a fin de conocer el estado que guardan los derechos humanos de las personas beneficiarias.

¹ A lo largo del documento, el término *personas adultas mayores institucionalizadas* será utilizado para hacer referencia a las personas adultas mayores beneficiarias de instituciones de asistencia social.

12. En el capítulo cuatro titulado “Situación de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal” se ofrecen los resultados arrojados mediante la aplicación de diversos instrumentos de medición en las visitas realizadas a las instituciones de asistencia privada, los centros de asistencia e integración social y las asociaciones civiles.

13. Por último, se brindan las conclusiones respecto del estado que guardan los derechos humanos de las personas adultas mayores beneficiarias de la asistencia social otorgada por las instituciones, centros y asociaciones visitados. Después, se presenta una serie de propuestas generales y específicas para atender las debilidades del servicio asistencial en el respeto pleno, el goce y el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Y, por último, se ofrece un anexo que incluye Instrumentos; Objetivos y escalas de medición de los instrumentos utilizados; y La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y las personas adultas mayores.

14. Si bien el resultado de este informe hace patentes algunos saldos y deudas con este grupo poblacional, relativos al análisis de otras condiciones de vulnerabilidad distintas a su situación de institucionalizados (como lo pudieran ser su género, edad y salud), ello queda como una tarea pendiente para esta Comisión que deberá ser abordada en otro momento y en otro espacio. Al respecto, resulta trascendental aclarar que este documento es el primer paso y, en consecuencia, la empresa de analizar específicamente la situación de las personas en estas condiciones especiales de vulnerabilidad implicaba retos importantes, primordialmente, debido a la falta de datos duros e investigaciones formales relativas a estas temáticas.

15. No obstante lo anterior, a lo largo del informe se hacen puntualizaciones necesarias para identificar los elementos o factores que conllevan un grado mayor de vulnerabilidad, entre los cuales destacan tres: la edad, el sexo y la salud. En este sentido, la investigación incluye no sólo la perspectiva de género sino pretende identificar los factores que inciden en la diferencia de los niveles de discriminación y, por ende, de vulnerabilidad (edad, nivel de instrucción, situación económica, etc.) de las personas adultas mayores.

16. Es preciso señalar que la elaboración del presente informe fue una experiencia enriquecedora y gratificante para esta Comisión, no sólo por la forma en que contribuirá a fomentar una cultura de respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores, sino porque las conclusiones y propuestas vertidas en el mismo atienden a las preocupaciones y expectativas reales de las personas adultas mayores entrevistadas. Gracias a la participación de éstas, es posible ofrecer fragmentos de historias de vida, sin las cuales, hasta el mejor de los esfuerzos por analizar la situación de vulnerabilidad en que se encuentran hubiese resultado vano.

I. Envejecimiento poblacional y situación de las personas adultas mayores



A. Un mundo que envejece

17. El siglo pasado fue testigo de lo que algún autor llama la “revolución de la longevidad”. Simplemente no hay parangón en la historia: a lo largo del siglo XX, la esperanza de vida aumentó tanto “como en los cinco mil años precedentes”; las y los habitantes del mundo “ganaron, por término medio, 25 años de vida”.²

18. El incremento de la esperanza de vida al nacer,³ acompañado de una disminución progresiva de los niveles de fecundidad y mortalidad, arrojó una profunda transformación de la distribución por edades de la población mundial y, con ello, un cambio trascendental de la pirámide poblacional: el estrechamiento de la base y la ampliación de la cúspide. En otras palabras, la reducción del número de personas en las edades más jóvenes y el aumento de los sectores con edades más avanzadas.

19. La dimensión de esta transición demográfica es revolucionaria para nuestro tiempo.⁴ De acuerdo con el *Estudio económico y social mundial 2007*, en el mundo la esperanza de vida pasó de 47 años en el quinquenio 1950-1955 a 65 años en el 2000-2005. Y las estimaciones indican la continuidad de la tendencia ascendente: 75 años para el periodo 2045-2050. A la par, el índice de fertilidad disminuyó de cinco hijos en promedio por mujer en el lapso 1950-1955 a 2.6 hijos promedio por mujer en 2000-2005. Aquí también la tendencia en sentido contrario permanece: se pronostica un promedio de dos hijos por mujer para el lustro 2045-2050.⁵

Cuadro 1.1 Esperanza de vida en nacimientos y tasa de fertilidad total para países seleccionados y grupos de países, 1950-1955, 2000-2005 y 2045-2050

	Esperanza de vida ^a (años)			Tasa total de fertilidad ^b (niños por mujer) ^d		
	1950-1955	2000-2005	2045-2050 ^c	1950-1955	2000-2005	2045-2050
Mundo	47	65	75	5.0	2.6	2.0
Países desarrollados	67	78	84	2.8	1.6	1.8
Europa	66	78	83	2.5	1.4	1.8
Japón	64	82	88	2.8	1.3	1.9
Estados Unidos	69	77	82	3.4	2.0	1.9
Canadá, Australia y Nueva Zelanda	69	80	85	3.5	1.6	1.9

² Robert Butler, *La revolución de la longevidad*, International Longevity Center, Nueva York, s. f., en <http://www.unesco.org/courier/1999_01/sp/dossier/txt11.ht> (visitada el 13 de noviembre de 2007).

³ La *esperanza de vida* se define como el “promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento sobre la base de las tasas de mortalidad por edad para un año determinado. Generalmente se diferencia por sexo”. Véase Conapo, *Glosario de términos*, en <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores>>

⁴ Cabe señalar que el concepto *transición demográfica* comenzó a utilizarse en Europa con la finalidad de explicar los cambios demográficos en relación con los cambios socioeconómicos. Por otro lado, es importante advertir que la transición demográfica tiene tres etapas: “En la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que aumenta la proporción de niños, como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años. En la segunda, que es resultado de reducciones en la fecundidad, la proporción de niños empieza a disminuir en tanto que aumenta la de adultos en edad laboral. En la tercera, a la que normalmente se llega después de un largo periodo de descenso de la fecundidad y la mortalidad, tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar disminuyen, y sólo aumenta la de personas de edad”. Véase Organización de las Naciones Unidas, *Reseña del Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, 2007, p. 2.

⁵ Al respecto es importante señalar que si bien es cierto que el aumento de la longevidad es un fenómeno mundial, hay por lo menos en el mundo dos regiones que constituyen una marcada excepción. Por un lado, derivado de la pandemia de sida “el África subsahariana [...]”. Se observa un fenómeno idéntico, pero de magnitud muy inferior, en tres países de Asia (Camboya, India y Tailandia) [...] y en dos países de América Latina (Brasil y Haití). [Y por el otro] el antiguo bloque del Este [donde] la longevidad progresa a un ritmo más lento que en el resto del mundo, e incluso retrocede. Esa tendencia se inició en los últimos años del comunismo y se acelera actualmente por razones esencialmente económicas (la caída vertiginosa de las pensiones) y sociales (el debilitamiento de los lazos familiares)”. Véase Robert Butler, *op. cit.*

Cuadro 1.1 Esperanza de vida en nacimientos y tasa de fertilidad total para países seleccionados y grupos de países, 1950-1955, 2000-2005 y 2045-2050 (*continuación*)

	Esperanza de vida ^a (años)			Tasa total de fertilidad ^b (niños por mujer) ^d		
	1950-1955	2000-2005	2045-2050 ^c	1950-1955	2000-2005	2045-2050
Economías en transición	63	65	74	3.1	1.6	1.8
Comunidad Británica de Estado Independiente	63	65	74	3.1	1.6	1.8
Sur y Oeste de Europa	57	74	80	3.7	1.6	1.8
Países en desarrollo	41	63	74	6.2	2.9	2.1
América Latina y el Caribe	51	72	79	5.9	2.5	1.9
Este de Asia y el Pacífico	41	70	78	6.1	1.9	1.9
Sur de Asia	39	63	75	6.1	3.2	1.9
Oeste de Asia	43	68	78	7.0	3.5	2.0
África	38	49	65	6.7	5.0	2.5

^a La esperanza de vida en el nacimiento es el número de años que un niño nacido en el periodo dado viviría si los índices de mortalidad específicos de la edad del periodo permanecieran constantes a lo largo de su vida.

^b La tasa de fertilidad es el número de niños que nació por mujer, no asumiendo ninguna mortalidad femenina en años de maternidad y las tasas de fertilidad específicas de edad de la región determinada y el periodo de referencia.

^c La tabla muestra las estimaciones (hasta 2005) y proyecciones de la variante media (después de 2005).

^d Mujeres entre 15 y 49 años.

Fuente: United Nations, *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, p. 8 en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>>.

20. Las cifras no dejan margen para la duda: la población mundial transita hacia una vida cada vez más longeva. Aunque, por supuesto, este fenómeno presenta grandes variantes temporales entre países y regiones debido al momento de arranque del proceso y su duración.⁶

21. Así pues, encontramos que “en los países actualmente desarrollados, la transición demográfica se produjo de manera gradual: inició a finales del siglo XVIII y continuó hasta mediados del siglo XX, es decir, requirió aproximadamente entre 150 y 200 años [...] En contraste, este proceso de cambio empezó más tardíamente y ha sido [y seguirá siendo] mucho más pronunciado y mucho más rápido en los países en desarrollo [...] Como consecuencia, las poblaciones de los países en desarrollo tendieron a multiplicar su tamaño en plazos cercanos a 20 años antes de que se iniciara el descenso de la fecundidad, mientras que en Europa Occidental esto ocurría en periodos de alrededor de 70 años”.⁷

22. De lo anterior, que si bien el mundo envejece, lo hace de manera desigual. Debido a los distintos ritmos y condiciones particulares de cada nación, la idea de una receta universal para encarar este proceso de transición demográfica no tiene cabida. Las diferencias de origen y la dinámica del proceso ocasionan que países y regiones se encuentren actualmente en distintas etapas y, por ende, su población adulta mayor posea características diferentes. Valga enunciar los siguientes hechos:

⁶ En la actualidad todos los países están enfrentando este proceso; sin embargo, se encuentran en diferentes niveles del mismo: “1. Transición incipiente: se presentan altas tasas de natalidad y mortalidad con un crecimiento poblacional moderado, alrededor de 2.5%; tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia; 2. Transición moderada: existe alta natalidad pero sus tasas de mortalidad aún son moderadas, su crecimiento es elevado, su estructura por edades es joven; 3. En plena transición: las tasas de natalidad y mortalidad son moderadas o bajas y su crecimiento está cercano a 2%; debido a que el descenso de la fecundidad es reciente, su población todavía es joven, aunque las relaciones de dependencia son menores (en esta categoría se encuentra México); 4. Transición avanzada: son países con natalidad y mortalidad bajas, lo que contribuye a que el crecimiento sea cercano a 1%; su población es mayoritariamente adulta”. Véase Grupo Consultor Interdisciplinario, “Transición demográfica: ¿hacia dónde?”, *Carta de Política Mexicana*, núm. 303, 25 de octubre de 2002.

⁷ Rodolfo Tuirán, “Retos y oportunidades demográficas de México en el siglo XXI”, en Conapo, *La población en México: situación actual y desafíos futuros* citado en Grupo Consultor Interdisciplinario, “Transición demográfica: ¿Hacia dónde?”, *op. cit.*, p. 9.

- La mayoría de los países desarrollados se encuentra en la tercera etapa de la transición demográfica, y por tanto, sus estructuras de edad están más envejecidas.
- Los países con economías en desarrollo tienen una estructura de edades por lo general más joven que la de los países desarrollados.
- A diferencia de lo que ocurre en los países en vías de desarrollo, actualmente en algunos países desarrollados el grupo de las personas adultas mayores supera ya al de los niños. En 2050, según las proyecciones de Naciones Unidas, en estos países el número de personas de 60 años o más será más del doble que el de los niños.
- Las diferencias de género en cuanto a esperanza de vida suelen ser más bajas en las regiones menos desarrolladas —el valor medio es de 88 hombres por cada 100 mujeres y se estima que la cifra bajará a 87 a mediados de siglo— que en las regiones desarrolladas —el valor medio es de 71 hombres por cada 100 mujeres y de acuerdo a las proyecciones crecerá a 78—.
- Actualmente, en los países en desarrollo, la mayoría de las personas adultas mayores vive en zonas clasificadas como rurales, mientras que en los países desarrollados ocurre lo contrario: la inmensa mayoría vive en zonas urbanas.
- En cuanto al tipo de hogar en que viven las personas adultas mayores cabe apuntar que, en los países en desarrollo, una gran proporción vive en hogares multigeneracionales, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados.⁸

23. No obstante las diferencias, lo cierto es que no hay vuelta de hoja: el envejecimiento de la población mundial es inevitable. El incremento en números absolutos de este grupo será drástico: de 600 millones en el año 2000, a casi 2 000 millones para 2050. Del mismo modo, crecerá su participación porcentual con respecto a la estructura de la población general, al pasar de representar 10% en 1998 a 15% para 2025 y 21% en 2050.⁹

1. *El envejecimiento como fenómeno social*

24. Como fenómeno social, el envejecimiento debe abordarse desde el mirador demográfico y, al tiempo, desde una perspectiva individual. Estas son las dos caras de la moneda: por un lado, tenemos universos demográficos y, por el otro, un proceso paulatino en la esfera privada.

25. Así, las personas envejecen a medida que pasan por diferentes etapas del ciclo de vida y alcanzan una edad más avanzada, mientras que la población envejece (como hemos referido anteriormente) cuando se da un aumento del peso relativo de las personas de 60 años o más en la población total.

26. Sólo teniendo pleno conocimiento de que el envejecimiento demográfico está conformado por un cúmulo de experiencias individuales de la vejez se podrá entender la dimensión del fenómeno. Se puede afirmar, como Simone de Beauvoir, que la vejez no es un hecho estadístico: es la conclusión y la prolongación de un proceso.

27. Este proceso individual está conformado por dos dimensiones: la edad y la estructura o sistema social.¹⁰ Con esta perspectiva, la edad “es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez”. Dicho de otra manera, “existiría el concepto de edad [y por lo tanto de vejez] porque la estructura social lo desea”.¹¹

⁸ ONU, Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento, 12 de abril de 2002, párrs. 4 y 5.

⁹ *Cfr.*, *Ibid.*, Introducción, párr. 2.

¹⁰ Esto, de acuerdo con el principio ordenador propuesto por Lourdes Pérez Ortiz y retomado por Paula Aranibar en *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*, CEPAL/Celade, Santiago de Chile, 2001.

¹¹ Para entender la edad como dimensión de la vejez, se deben tomar en consideración tres significados: a) *edad cronológica*, es esencialmente biológica y se refiere al número de años que una persona ha cumplido, lo que determina su posición dentro de la sociedad —redefinición

28. La mayoría de los prejuicios y argumentos utilizados actualmente para impedir el efectivo goce, ejercicio y respeto de los derechos de las personas adultas mayores atienden a una visión limitada de la vejez. De ahí la necesidad de aclarar que ésta no sólo entraña cambios específicos en la esfera biofisiológica, sino diversas consideraciones del sistema social en los ámbitos demográfico, económico, político y cultural –determinadas por el contexto histórico–.

29. Teniendo como base esta premisa y, tras realizar una sistematización de las construcciones teóricas que respecto del envejecimiento se han desarrollado en el campo de las ciencias sociales, Paula Aranibar plantea los siguientes preceptos para entender la vejez y la situación de las personas adultas mayores desde una perspectiva integral:

- a) La vejez, como una etapa más en un proceso que constituye la totalidad del ciclo vital, “no implica una ruptura en el tiempo, una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y también un proceso en sí misma) en que el individuo se relaciona con la estructura social con el mismo sentido con que lo hizo en otras etapas de su vida, aunque varíen las formas sociales”.
- b) Por definición, no se debe considerar que la pobreza, la dependencia, la enfermedad o la incapacidad son características inherentes a la vejez; si estas condiciones están presentes, tal situación está determinada por una serie de variables sociales, económicas y culturales distintas a la edad cronológica.
- c) Al igual que cualquier miembro de otro grupo, las personas [adultas mayores] pueden, “potencialmente”, experimentar su vida en un total estado de bienestar físico, psicológico y social; esto significa que no existen razones para suponer *a priori* que una persona [adulto mayor] sana, igual que un niño o joven sano, no puede aspirar a su máximo bienestar sólo por tener cierta cantidad de años. Del mismo modo, está expuesta a una serie de riesgos que pueden incidir en la merma de este bienestar.
- d) Las personas [adultas] mayores, al igual que las otras, pueden desarrollar un grado de actividad social determinada básicamente por tres factores: las condiciones de salud, la situación económica y el apoyo social que reciba. Por lo tanto, no es la edad lo que conduce a desvinculación social; cuando ésta ocurre, se debe a circunstancias asociadas, como la mala salud, la pérdida de amistades o la reducción de ingresos.
- e) La vejez, como una etapa más del ciclo de vida, posee su propia especificidad, desde el punto de vista fisiológico, dada por cambios físicos y psicológicos, que se desarrollan en forma más acelerada que en otras etapas, y por tratarse de la última etapa del ciclo de vida.¹²
- f) Existen normas sociales que delimitan a la vejez como una etapa distinta en el ciclo de vida, con sus propias normas, expectativas, roles y status y, a la vez, hay una pauta social sobre las edades que corresponden a cada etapa del ciclo de vida; por tanto, las desviaciones respecto a esa pauta también deben ser tenidas en cuenta al analizar la vejez.
- g) Se considera que el ciclo de vida está definido también social e históricamente.¹³

30. Desde esta perspectiva, “la vejez, como fenómeno social, exige ser considerada tanto en sus características comunes con cualquier otro agrupamiento de edad como en sus propias especificidades [...]. La vejez no será sino lo que quiera que sea la sociedad que la crea”.¹⁴

31. Por ello, identificar y entender las problemáticas que enfrentan las personas adultas mayores para hacer efectivo el goce y ejercicio de sus derechos, sólo es posible si el papel y condición de éstas en las familias y comunidades se analiza a la luz de los factores sociales que impactan su experiencia de envejecimiento.

de sus responsabilidades y privilegios–; b) *edad social*, construida por las actitudes y conductas adecuadas que se atribuyen socialmente a la persona con base en su edad; y c) la edad que se refiere al *envejecimiento fisiológico* relacionado con la capacidad funcional, *Ibid.*, p. 11.

¹² En este sentido, es importante señalar que la vejez no es la única etapa del ciclo de vida donde se presentan cambios físicos y psicológicos, pues la niñez, la adolescencia y la juventud también comparten éstas características.

¹³ Paula Aranibar, *op. cit.*, pp. 20-21.

¹⁴ *Ibid.*, p. 19.

2. Situación de las personas adultas mayores a nivel mundial¹⁵

32. La falta de estudios y datos duros respecto al perfil y la situación de las personas adultas mayores institucionalizadas –objeto de estudio del presente informe– en los ámbitos internacional, regional (América Latina y el Caribe), nacional y local impide que sea ofrecido en este documento el marco de referencia conducente.

33. No obstante, tomando en consideración que este informe es el primer acercamiento analítico que realiza la Comisión al tema de los derechos humanos de este grupo, es importante ofrecer una visión general del perfil y la situación de las personas adultas mayores en los ámbitos referidos, aun cuando no se parta de su condición de institucionalizadas.

34. El acercamiento a la situación de las personas adultas mayores se realizó, en el caso de los ámbitos regional, nacional y local –en la medida de lo posible, de acuerdo con los datos disponibles–, teniendo como referencia los temas de mayor relevancia relacionados con las tres áreas prioritarias de atención identificadas en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid en 2002: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios.

35. Mientras que, en el caso de la situación de las personas adultas mayores a nivel mundial, sólo se retoman los datos que al respecto ofrece la *Reseña del estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (en adelante *Estudio Económico y Social Mundial 2007*), del Departamento de Estudios Económicos y Sociales de la ONU.

36. Cabe advertir que el acercamiento a la situación de las personas adultas mayores únicamente tiene como finalidad ofrecer una visión general para contextualizar el presente informe, por lo que no se pretende de modo alguno agotar dicha temática. A ello atiende que en el mismo no se aborde de forma puntual la situación específica de los diferentes grupos que integran este sector poblacional, particularmente, la de las mujeres, las personas longevas (aquellas que tienen 80 años o más) y las personas que padecen alguna enfermedad crónica o tienen alguna discapacidad, quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. No obstante, a lo largo del informe se hace referencia, cuando la información disponible así lo permite, a la situación específica de dichos grupos.

37. A continuación se rescatan del *Estudio económico y social mundial 2007* los datos más relevantes en torno al perfil y la situación de las personas adultas mayores en el mundo:

- *Distribución por sexo y edad.* En 2005 por cada 100 mujeres de 60 a 64 años había 82 hombres; conforme avanza la edad la diferencia es mayor. Así tenemos que por cada 100 mujeres de 65 a 79 años había 77 hombres; mientras que por cada 100 de 80 años o más había 55. Estas cifras tienen como causa el hecho de que las mujeres suelen vivir más que los hombres.

¹⁵ Si bien existe una diferenciación académica entre las personas adultas mayores y aquellas consideradas *longevas*, la inmensa mayoría de los estudios no hace diferenciación en la terminología utilizada para referirse al grupo de las personas de 60 a 79 años (adultas mayores) y al grupo conformado por las personas de 80 años y más (longevas). Así, el término *personas adultas mayores* se utiliza indistintamente.

Lo anterior imposibilitó que la presente investigación incluyera en cada uno de sus capítulos una diferenciación puntual tanto en la terminología como en el análisis entre las personas adultas mayores y las longevas (de la misma forma que no fue posible establecer una subespecialización en el caso de otras condiciones que de igual forma colocan a las personas adultas mayores en una situación de especial vulnerabilidad); sin embargo, el hecho de que no exista dicha diferenciación no se traduce de modo alguno en la exclusión de las personas pertenecientes a grupos especialmente vulnerables.

De acuerdo con las proyecciones, a lo largo de la mitad de este siglo la participación porcentual de las mujeres entre la población adulta mayor experimentará un decremento.

Por otro lado, es importante señalar que aun cuando la tendencia de predominio de las mujeres entre la población adulta mayor es una generalidad, ésta presenta diferencias entre los países, como se puede observar en el cuadro 1.2.

Cuadro 1.2 Relación de sexo (hombres por cada 100 mujeres) por grupo de edad y países, 1950, 2005 y 2050

Grupo de edad	1950	2005	2050
Mundo			
Total	100	101	99
0-14	104	105	105
15-59	99	102	103
60+	80	82	85
65+	75	77	80
80+	61	55	61
Países desarrollados			
Total	95	96	96
0-14	104	105	105
15-59	93	100	102
60+	80	76	81
65+	78	71	77
80+	65	49	59
Economías en transición			
Total	79	89	89
0-14	101	105	105
15-59	73	93	97
60+	54	57	65
65+	49	53	59
80+	36	29	38
Países en desarrollo			
Total	104	103	100
0-14	105	105	105
15-59	105	103	103
60+	86	88	86
65+	80	85	82
80+	68	67	64

Fuente: United Nations, *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, p. 26 en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>>

- *Arreglos de residencia de las personas adultas mayores.* Una de cada siete personas adultas mayores en todo el mundo –90 millones en total– vive sola, y esa relación tuvo un incremento durante la última década en la mayoría de los países. No obstante que el cambio promedio fue modesto, se espera que la tendencia se mantenga ocasionando importantes repercusiones sociales, en particular para las mujeres de edad, quienes debido a su expectativa de vida tienen mayor probabilidad de llegar a vivir solas.

En este sentido, el estudio advierte que la vida en soledad conlleva la posibilidad de un aumento del aislamiento, dificulta la organización familiar para brindar atención a la persona adulta mayor e incrementa la necesidad de contar con servicios de apoyo adicionales para que las personas adultas mayores puedan permanecer en su casa; este último factor tiene mayor repercusión en los países en desarrollo pues enfrentan dificultades para prestar estos servicios.

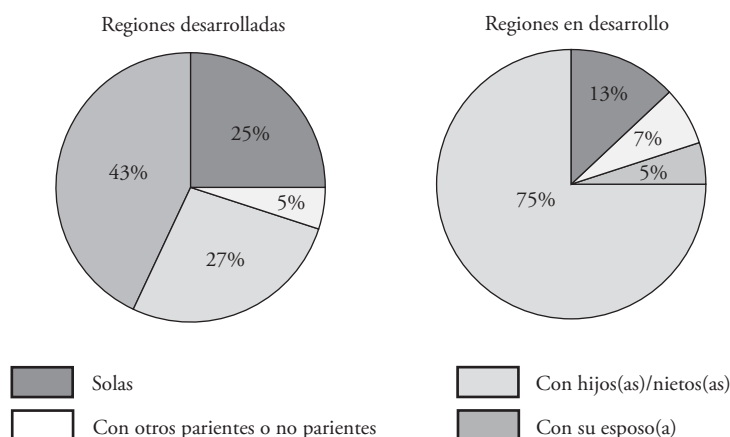
En la actualidad no todas las regiones viven con la misma intensidad esta tendencia, pues mientras en las zonas desarrolladas el porcentaje de personas adultas mayores con residencia solitaria alcanza 25%, en las que se encuentran en desarrollo apenas se ubica en 7%, aunque

esto no significa que las regiones en desarrollo puedan desestimar la situación, ya que el porcentaje de residencia solitaria está aumentando en la mayoría de los países.

En este sentido, se deberán tomar medidas en el corto plazo, pues las personas adultas mayores de los países con acceso limitado a mecanismos oficiales de protección social tendrán que depender de la familia y la comunidad.

Por ahora, la mayoría (43%) de las personas de 60 años o más de las regiones desarrolladas vive sólo con su esposo(a), mientras que en las regiones en desarrollo son mayoría las personas adultas mayores que viven con sus hijos(as) y/o nietos(as) (75%).¹⁶

Gráfica 1.1 Arreglos de vivienda de personas adultas mayores en regiones desarrolladas y en desarrollo



Fuente: United Nations, *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, p. 33 en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/chap3.pdf>>.

La tendencia en las regiones en desarrollo es contundente: tres cuartas partes de la población adulta mayor de África y Asia (74%) vive con sus hijos adultos y/o nietos; algo similar ocurre en América Latina y el Caribe, donde 62% de la población de 60 años o más vive en esta condición.

- **Pobreza.** El sistema de pensiones y el gasto público son factores fundamentales: las personas adultas mayores que viven en países que cuentan con sistemas oficiales de pensiones y programas públicos de transferencias tienen menor riesgo de caer en la pobreza que los grupos de edad más jóvenes de la misma población; mientras que en los países donde la cobertura del sistema de pensiones es limitada –situación en que se encuentran la mayoría de los países en desarrollo, como el nuestro–, la pobreza durante la vejez tiende a ir en paralelo con la media nacional.

Lo anterior no quiere decir que la pobreza durante la vejez únicamente dependa de los sistemas de pensiones,¹⁷ pues hay otros factores que influyen, entre los que se encuentran el nivel educativo, el género –las mujeres mayores caen con mayor frecuencia que los hombres en la pobreza– y la organización de la vida.

¹⁶ United Nations, *World Economic and Social Survey 2000. Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, p.33 en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>>.

¹⁷ En este sentido, el estudio refiere que hay personas para las que la noción de jubilación simplemente no existe; muestra de ello son los granjeros, agricultores y trabajadores del sector informal.

- *Participación y potencialización.* El incremento de la participación porcentual de este grupo en la estructura de la población general podría conllevar un crecimiento en su potencialidad para influir en la sociedad pero en la actualidad la participación política de las personas adultas mayores no tiene una traducción directa entre la posibilidad y el hecho.
- *Abuso y abandono.* A pesar de que es difícil medir el comportamiento abusivo en agravio de las personas mayores de 60 años, algunos informes han detectado que: 1) tanto en los países desarrollados como en desarrollo el abuso viene de la familia, las comunidades y los centros encargados de brindar asistencia a las personas adultas mayores; y 2) los factores de riesgo frecuentemente guardan relación con los siguientes aspectos: falta de recursos destinados a la atención, escasa formación y capacitación de las personas encargadas de brindar atención a este sector poblacional, la tensión propia del trabajo de los centros encargados de brindar atención, existencia de estereotipos negativos en torno a las personas adultas mayores y condiciones de pobreza en general.
- *Consumo.* Las tendencias de consumo de las personas mayores de 65 años de los países desarrollados advierten un incremento en la demanda de los gastos de salud y los cuidados prolongados.
- *Seguridad económica en la vejez.* 80% de la población mundial no está protegida de forma suficiente para enfrentar los riesgos de salud, discapacidad y reducción de ingresos propios de la vejez. El problema que se avecina no es menor, se espera que sean 1 200 millones de personas quienes para el año 2050 no disfruten de una garantía suficiente de ingresos en los países en desarrollo; esto representa un incremento de poco más de 350%, pues actualmente se encuentran en esa situación 342 millones de personas.¹⁸

3. Conclusiones

38. La conclusión es tan dura como obvia: “la transformación demográfica [que implica el envejecimiento de la población] tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional”.¹⁹

39. De hecho, resulta virtualmente imposible concebir un proyecto amplio de desarrollo que no parta, entre otras cosas, de la identificación y la proyección de la demanda social que representan las personas adultas mayores.

40. Con esta perspectiva, las políticas públicas que persigan atender los desafíos que trae consigo el envejecimiento poblacional deberán partir de un análisis profundo del contexto respectivo y, a la vez, valorar las iniciativas mundiales y los principios orientadores de las Naciones Unidas respecto de esta temática.²⁰

41. En relación con lo anterior, cabe advertir que cualquier esfuerzo deberá atender el envejecimiento de la población contemplando sus dos facetas: primero, la relativa al incremento –en números absolutos y participación porcentual– de la población adulta mayor; y, segundo, la correspondiente al

¹⁸ El mismo estudio refiere que cualquier sistema de pensiones debe tener como principio ofrecer, como mínimo, el nivel básico de ingresos a todas las personas de edad avanzada.

¹⁹ *Cfr.* Plan de Acción Internacional Madrid, *op. cit.*, párrs. 3 y 9.

²⁰ Véase capítulo II. Marco jurídico, inciso b) Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (párrafos 180-183), en este mismo informe.

aumento de la longevidad entre este grupo de la población, derivado del cual habrá adultos cada vez mayores.²¹

42. Por otro lado, las dificultades producto de la transición no se limitan al futuro. A consecuencia de la explosión demográfica acontecida en décadas pasadas, algunos países –entre ellos México– sortean actualmente fuertes presiones con motivo de la insuficiencia para atender, entre otras, la demanda educativa y laboral de la población joven.²² De ahí que se requiera una estrategia pública de atención integral.

43. Por último, resulta fundamental no perder de vista el hecho de que la transición abre una ventana de oportunidades para el desarrollo gracias al llamado “bono demográfico”, traducido en una relación más favorable entre la población en edades laborales y la población en edades dependientes (niños(as), adolescentes y personas adultas mayores).

B. Envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe

44. Durante la primera mitad de este siglo, en la región se propagará y consolidará el envejecimiento poblacional: de 2000 a 2050 se triplicará el número de personas adultas mayores. En otras palabras, a América Latina y el Caribe le saldrán bastantes canas.

Cuadro 1.3 Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe, 2000, 2025 y 2050

Indicadores	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (miles)	41 284.7	98 234.8	184 070.7
Porcentaje de personas de 60 años y más	8.0	14.1	23.4
Tasa de crecimiento anual (2000-2025 y 2025-2050)	3.5	2.5	–
Porcentaje de personas de 75 años y más	1.9	3.5	7.9
Edad mediana de la población	24.6	32.5	39.4
Índice de envejecimiento ^a	25.2	60.7	128.2

^a Población de 60 años/población de 15 años.

Proyecciones demográficas 2003 realizadas por la división de población de la CEPAL (Celade).

Fuente: CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas, 19 al 21 de noviembre, 2003, p. 3.

45. A la mitad del siglo XXI, uno de cada cuatro latinoamericanos tendrá 60 años o más, y debido al aumento de la longevidad, las personas adultas mayores lo serán cada vez más: se espera que las personas de 75 años o más pasen de representar 2 a 8% entre 2000 y 2050.²³

²¹ Cabe señalar que se espera que el aumento de la longevidad sea espectacular para este siglo pues “la prevención, la eliminación de enfermedades y el control del proceso de envejecimiento empujarán probablemente la esperanza de vida media mundial de 66 a 110 o 120 años. Los científicos estiman que 120 años corresponde a la “duración natural de la vida” del ser humano, pues muchos individuos han llegado a esa edad avanzada. Algunos especialistas hablan de alejar aún más ese límite, si se logra manejar los genes de la longevidad”. Robert Butler, *op. cit.* Por otro lado, respecto al aumento de la longevidad –resultado a su vez del incremento en los niveles de esperanza de vida al nacer– habrá que considerar, además, que su impacto se bifurca en: *a*) el incremento de la participación porcentual de las personas de 80 años y más entre el grupo de las personas adultas mayores, y *b*) la extensión del periodo que media entre la jubilación y la muerte. Véase CEPAL, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas, 19 al 21 de noviembre, 2003, p. 3.

²² La presión no es menor: actualmente ingresan al mercado de trabajo 1 200 000 mexicanos en promedio por año y, de acuerdo con los pronósticos, este nivel de demanda se mantendrá a lo largo de las próximas dos décadas.

²³ CEPAL, *op. cit.*, p. 3.

46. El cambio en la estructura de las edades de la población se reflejará además en: 1) el incremento de la edad media de la población —es decir, la edad que divide a la población en dos partes iguales— que pasará de 25 a 40 años durante el mismo periodo, y 2) la relación numérica entre las personas adultas mayores y las personas de 15 años o menos que cambiará estrepitosamente, puesto que actualmente hay 25 personas de 60 años o más por cada 100 de 15 años o menos, pero para mediados del siglo habrá 28% más personas adultas mayores que personas de 15 años o menos.²⁴

47. El envejecimiento de la población será generalizado en el ámbito regional. Sin embargo, existirán divergencias, producto de la etapa de transición en que se encuentran los países. Así, tenemos que en Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay las personas adultas mayores —que actualmente representan entre 5 y 7% de la población total— llegarán a representar entre 15 y 18% de la población total a mediados del siglo, toda vez que su proceso de envejecimiento es incipiente.

48. Por su parte, con un envejecimiento moderado, Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela —que por ahora mantienen proporciones entre 6 y 8% de población adulta mayor— alcanzarán valores de poco más de 20% de personas adultas mayores para 2050.

49. En un tercer grupo se encuentran Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago que, con motivo de un envejecimiento moderado avanzado —que los lleva a tener hoy porcentajes de personas adultas mayores entre 8 y 10%—, a mediados del siglo tendrán entre 25 y 30% de población con 60 años o más.

50. Por último, serán Uruguay, Argentina, Cuba y varios países de el Caribe (Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico) los que encabezarán esta carrera por el envejecimiento, pues para 2050 su población estará nutrida por más de 30% de personas adultas mayores.²⁵

51. A distintos ritmos, unos más tarde que otros, pero la región se pintará de blanco. Las personas de 60 años o más serán un grupo expandido y consolidado para mediados de siglo.

1. Situación de las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe

52. Con la finalidad de definir una estrategia regional de implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) de la división de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) elaboró en 2003 el documento *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*.²⁶

53. Cuatro años más tarde, en el marco de la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento llevada a cabo en Brasilia, Brasil, en diciembre de 2007, se dio a conocer el informe sobre la aplicación de dicha estrategia regional.

²⁴ *Ibid.*, p. 4.

²⁵ *Ibid.*, pp. 4 y 5.

²⁶ Este diagnóstico se realizó con el apoyo de los organismos miembros del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre el Envejecimiento, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y el Programa sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas.

54. Del diagnóstico e informe referidos, del *Estudio económico y social mundial 2007*, así como de diversas publicaciones de la serie Población y Desarrollo del Celade, fueron retomados los datos que se presentan a continuación en torno al perfil y la situación de las personas adultas mayores en la región.

a) PERFIL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

55. Entre los indicadores que definen el perfil de la población adulta mayor en la región se encuentran los siguientes:

- *Distribución por sexo.* Una característica importante del grupo conformado por las personas adultas mayores es el predominio de las mujeres: en la actualidad, por cada 100 hombres hay 116 mujeres adultas mayores en la región.²⁷ Según las proyecciones esta situación no sólo no se modificará, sino que a lo largo del primer cuarto de este siglo la proporción de mujeres experimentará un crecimiento en la mayoría de los países.²⁸
- *Arreglos de residencia de las personas adultas mayores.* A finales del siglo pasado, uno de cada cuatro hogares tenía a una persona adulta mayor entre sus miembros y la inmensa mayoría de las personas adultas mayores –de acuerdo con los censos de 1990, ocho de cada diez, y según encuestas urbanas realizadas en 1997, dos de cada tres– vivía en hogares multigeneracionales. Para 2005, de acuerdo con el *Estudio económico y social mundial 2007*, esta tendencia había registrado un descenso, pues sólo 62% de las personas adultas mayores de la región vivía con sus hijos y/o nietos (es decir, en hogares multigeneracionales), mientras que 16% vivía con su esposo(a), 14% con otros familiares o no familiares y 9% vivía solo(a).²⁹

Tal como se señala en el informe sobre la aplicación de la estrategia regional, en el caso de las personas adultas mayores la residencia independiente guarda una fuerte relación con su viabilidad física y financiera. De modo tal que, en la medida que éstas gocen de buena salud, puedan pagar por servicios de asistencia y solventar los costos de mantener un hogar, es probable que puedan vivir de manera independiente.³⁰

No obstante, cabe precisar que en un panorama de restricciones económicas y pobreza, el incremento porcentual de residencia independiente o solitaria podría traducirse en que un número mayor de personas adultas mayores enfrenten el detrimento de su calidad de vida.

Este fenómeno pudiera ser más agudo en las zonas rurales, donde se observa una mayor tendencia a la residencia solitaria, así como en las mujeres, quienes son menos propensas a unirse tras enviudar o separarse.

Es importante señalar que la situación de residencia solitaria en el caso de las mujeres conlleva, por un lado, carencias de tipo afectivo y, por el otro, reduce la posibilidad de que las mujeres adultas mayores puedan satisfacer sus necesidades económicas debido a que: 1)

²⁷ CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, diciembre, 2007, p. 23.

²⁸ Fabiana del Popolo, *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, CEPAL/Celade, Santiago de Chile, noviembre, 2001, p. 22.

²⁹ CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental..., *op. cit.*, p. 8. Véase también United Nations, *World Economic and Social Survey 2007...*, *op. cit.*, p. 35.

³⁰ “Sin embargo, una vez cumplidos estos requisitos, es posible que aún se evalúe otra serie de factores. Entre ellos, la localización de la residencia (cerca de servicios, oportunidades de transporte a bajo costo, posibilidad de conservar redes de amigos, etc.) o el diseño de la vivienda (cantidad de habitaciones, control de temperatura y de los ruidos, seguridad interior, etc.). Con el propósito de examinar los arreglos residenciales de las personas mayores, se distinguió entre dos tipos de hogares. Por una parte, los hogares multigeneracionales, y por otra, hogares unipersonales. Asimismo, se construyó una tipología para medir la importancia relativa de los recursos aportados por las personas mayores a los hogares multigeneracionales con el propósito de calificar su grado de dependencia económica respecto de los demás miembros del hogar.” CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional...*, *op. cit.*, p. 101.

su participación en el mercado laboral es menor y tienden a percibir remuneraciones más bajas que los hombres; y 2) su permanencia en la actividad económica es generalmente menor, particularmente en el caso de las asalariadas, debido a que su retiro obligatorio ocurre a edad más temprana.³¹

- *Situación conyugal.* De acuerdo con datos censales recientes a la elaboración del Diagnóstico del Celade, entre 70 y 85% de los hombres adultos mayores de la región y entre 55 y 60% de las mujeres adultas mayores refería estar casadas(os) o unidas(os). Las diferencias por sexo obedecen primordialmente a la combinación de dos factores: 1) mayor propensión de los hombres a casarse o unirse tras la separación o la viudez; 2) mayor viudez femenina.

El mismo diagnóstico refiere que a medida que avanza la edad, la situación de viudez, sobre todo en el caso de las mujeres, aumenta al punto de convertirse en la situación conyugal predominante entre las personas de 85 años o más.

Por otro lado, el grupo de mujeres adultas mayores viudas es mayor en los países que tienen una tasa de mortalidad masculina elevada. Claro ejemplo de ello son Bolivia y México, donde una de cada cuatro mujeres adultas mayores es viuda, mientras que sólo 6 y 9%, respectivamente, de los hombres adultos mayores se encuentra en esta situación.³²

- *Educación.* Debido a que las personas adultas mayores vivieron su fase de acumulación de activos educativos durante una etapa en la que el sistema de enseñanza en la región tenía una cobertura muy inferior a la actual, son uno de los grupos con menor escolaridad. De acuerdo con el Diagnóstico, los porcentajes de analfabetismo más alto de las personas de 60 años o más en la región oscilan entre 50% en Bolivia y 13% en Chile.

Al igual que en otras áreas, en la mayoría de los países de la región las mujeres tienen desventaja, al tener porcentajes de analfabetismo superiores a los que presentan los hombres.³³ Lo anterior refleja la desigualdad de género en el acceso a la educación que caracterizó la primera mitad del siglo pasado.

Por otro lado, los porcentajes de analfabetismo son más elevados en las zonas rurales, alcanzando incluso niveles que superan 80%, como es el caso de las mujeres adultas mayores que viven en el campo boliviano.³⁴

Un estudio realizado por la CEPAL en 2001, en torno a las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas adultas mayores en la región coincide al señalar que las diferencias por área de residencia son contundentes, pues las cifras de población analfabeta en las áreas rurales (que oscilan entre 38 y 72%) duplican o triplican las relativas a las urbanas. De hecho, las personas adultas mayores de la región que habitan las zonas rurales tienen como promedio tres años de estudio, lo que las ubica como analfabetas funcionales.³⁵

El mismo estudio refiere que la educación influye en la calidad de vida de las personas adultas mayores y, en este sentido, pone como ejemplo la lectura, que además de ser una actividad propicia para ocupar el tiempo libre, tiene efectos positivos para la salud, pues algunas investigaciones han mostrado que la actividad intelectual disminuye la posibilidad de padecer enfermedades mentales. Además, ahonda, la educación “en su sentido más am-

³¹ Fabiana del Popolo, *op. cit.*

³² *Ibid.*, p. 9.

³³ Las únicas excepciones son Costa Rica y Panamá donde la población adulta mayor tiene porcentajes de analfabetismo inferiores.

³⁴ CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental..., *op. cit.*, p. 9.

³⁵ Este índice es inferior al presentado por las personas adultas mayores pobres de las zonas urbanas que tienen entre 1.8 y 5.6 años de estudio y aquellas que están por encima de la línea de pobreza que alcanzan entre los 5 y 8.1 años de estudio. Fabiana del Popolo, *op. cit.*, p. 49.

plio (incluida la capacitación laboral) influye sobre la plena integración en la sociedad del adulto mayor”.³⁶

- *Urbanización.* El informe sobre la aplicación de la estrategia regional señala que entre 1970 y 2005 aumentó considerablemente la localización urbana de las personas adultas mayores al pasar de 60 a 80% (77% en el caso de los hombres y 81% en el de las mujeres) y, de acuerdo con proyecciones del Celade, para 2050 la proporción alcanzará 85% (83% en el caso de los hombres y 86% en el de las mujeres).³⁷
- *Pobreza.* Según datos del estudio realizado por la CEPAL, la pobreza no afecta a las personas adultas mayores con la misma incidencia e intensidad que al resto de la población.³⁸ El informe sobre la aplicación de la estrategia regional coincide al señalar que para 2005 los hogares de la región con personas adultas mayores continuaban siendo menos pobres que los hogares sin personas adultas mayores, tanto en las zonas urbanas como rurales.

Ese año, el porcentaje de personas en estado de pobreza e indigencia disminuyó en la mayoría de los países de la región —tras superar la fase de estancamiento vivida durante el lapso 1997-2002—, y esta tendencia propició que la incidencia de la pobreza en los hogares que tienen entre sus miembros a personas adultas mayores también se contrajera.³⁹

- *Vulnerabilidad.* En torno al estudio de la condición de vulnerabilidad de las personas adultas mayores en la región de América Latina y el Caribe, ha sido trascendental el trabajo realizado por Fabiana del Popolo, quien elaboró un índice de bienestar para el adulto mayor (IBAM).⁴⁰

Este índice se apoyó en las dimensiones básicas usadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y sugirió la utilización de las siguientes variables e indicadores que parecen apropiados para medir esas dimensiones en la población adulta mayor: 1) longevidad (esperanza de vida a los 60 años); 2) conocimientos (porcentaje de alfabetización y promedio de años de estudio); 3) nivel digno de vida (porcentaje de personas por encima de la línea de pobreza —no pobres—); y 4) cobertura previsional y monto promedio de las jubilaciones”.⁴¹ De este modo se buscó inferir e identificar bolsones de pobreza y vulnerabilidad.

Al aplicar este indicador, en 13 países de la región se encontró que sólo Uruguay, Argentina y Chile tienen un IBAM alto; mientras que Panamá, Costa Rica, Ecuador, México y

³⁶ *Idem.*

³⁷ CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional...*, op. cit., p. 27.

³⁸ De los 15 países de la región que cuentan con información respecto al área urbana, se encontró que en 11 la incidencia de pobreza en las personas de 60 años o más (de ambos sexos) es menor a la que presentan las personas que tienen entre 10 y 59 años. El estudio señala que República Dominicana es el único país cuyas personas adultas mayores son relativamente más pobres; mientras que en Costa Rica, El Salvador y Honduras, los niveles de pobreza de este grupo son similares al promedio del grupo etario de 10-59. Fabiana del Popolo, op. cit., p. 28.

³⁹ CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional...*, op. cit., p. 48.

⁴⁰ Actualmente —aun cuando existen dificultades metodológicas para realizar su clara medición e identificación— se reconoce como “grupos vulnerables” a los compuestos por “sujetos en situación de desmedro y con desventajas sociales originadas por múltiples y diferentes factores; son grupos que no cuentan con estructuras institucionales para resolver una idónea reproducción social”. Si bien esta afirmación trae como riesgo identificar a la mayoría de la población de ciertas regiones —entre ellas, América Latina y el Caribe— dentro de esta categoría, se ha tomado en consideración que “el carácter multidimensional de los factores que llevan a desventajas sociales —y por ende a la vulnerabilidad social— se acota en la desventaja o exclusión de personas y grupos en su participación en intercambios, prácticas y derechos sociales”. Con esta perspectiva se han identificado como grupos socialmente vulnerables, entre otros, los integrados por mujeres, personas con discapacidad, migrantes, indígenas, niños y personas adultas mayores. Partiendo de la condición de vulnerabilidad de estos grupos se han promovido una serie de iniciativas y estudios para abordar de forma específica las problemáticas que enfrentan cada uno de éstos. Alberto Viveros Madariaga, *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*, CEPAL/Celade, Santiago de Chile, diciembre de 2001, p. 25.

⁴¹ *Ibid.*, p. 26.

Colombia alcanzan un IBAM medio; y Brasil, Bolivia, Paraguay, Venezuela y República Dominicana enfrentan un mayor rezago al tener un IBAM bajo.

Con excepción de Uruguay, Argentina y Chile, el IBAM es considerablemente inferior al índice de desarrollo humano (IDH) en el resto de los países, lo que evidencia las carencias de la población adulta mayor en la región.

En lo que respecta a México, cabe señalar que aun cuando logró ubicarse entre los países que cuentan con un índice de bienestar medio, lo cierto es que está lejos de alcanzar los valores máximos observados en la región y, lo que es peor, se encuentra muy cerca de los niveles obtenidos por Brasil, Paraguay y Venezuela.

En suma, las personas adultas mayores en México tienen una condición de vulnerabilidad mayor que la población en su conjunto, producto de las desventajas sociales y la situación de indefensión que las aquejan.

b) SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

56. Como se refirió anteriormente, el acercamiento a la situación de la población adulta mayor se hará a través de las tres áreas prioritarias de atención definidas en el marco de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid.

➤ Seguridad económica

57. El primer rubro, “las personas de edad y el desarrollo”, tiene como tema principal la seguridad económica. El envejecimiento, invariablemente, impacta la economía tanto a nivel agregado como individual; por ello garantizar la seguridad económica de la población adulta mayor es uno de los principales y más complejos retos.

58. De acuerdo con el diagnóstico del Celade, la seguridad económica de las personas adultas mayores se define “como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez”.⁴²

59. La disponibilidad de recursos posibilita que las personas adultas mayores dispongan de independencia en la toma de decisiones, por un lado y, por el otro, que mejoren su autoestima al desempeñar roles significativos y tener una participación plena como ciudadanos(as).

60. La heterogeneidad de la población adulta mayor impide que se pueda generalizar respecto de los montos necesarios para garantizar la seguridad económica. En todo caso, éstos dependerán de algunas variables como la edad, el sexo, el estado de salud, la zona y tipo de residencia, y las políticas adoptadas por el Estado en apoyo a este grupo (gratuidad en servicios o subsidios, etc.).

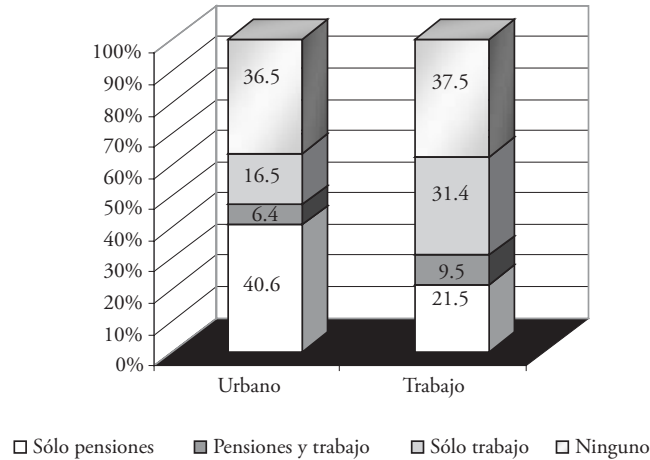
61. El diagnóstico señala el trabajo, los ahorros, los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo como los mecanismos para garantizar la seguridad económica.

62. De acuerdo con el diagnóstico del Celade en torno a la seguridad económica de la población adulta mayor, se encontró lo siguiente:

⁴² CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental..., *op. cit.*, p. 11.

- *Situación de seguridad económica.* Las condiciones son deficientes, poco equitativas y desiguales, pues tanto en las zonas rurales como en las urbanas, más de un tercio de la población de 65 años o más no cuenta con un ingreso o trabajo remunerado, ni dispone de algún tipo de pensión o jubilación; apenas dos de cada cinco en el área urbana cuentan con ingresos provenientes de la seguridad social y en la zona rural esta cifra se reduce a uno de cada cinco.

Gráfica 1.2 Fuente de ingresos de la población de 65 años y más. Áreas urbanas y rurales de América Latina, CIRCA, 1997



Fuente: CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento..., *op. cit.*, p. 12.

- *Participación económica en la vejez.* Un porcentaje considerable de la población adulta mayor es económicamente activa en la región, contrario a lo que sucede en los países desarrollados. En este sentido, se encontró que en 1999, en Estados Unidos sólo trabajaba 17 y 9% de los hombres y mujeres adultas mayores, respectivamente; mientras que de acuerdo con el censo de población de 2000, 67 y 43% de los hombres de 60 años y mayores de 65, respectivamente, se encontraban económicamente activos. De acuerdo con el Diagnóstico, la participación económica en el caso de las mujeres a medida que avanza la edad, es significativamente menor, de modo tal que sólo 10% de las mayores de 65 permanecen activas.

Los índices de participación económica son considerablemente mayores en las zonas rurales. En este sentido, Bolivia representa un claro ejemplo, pues mientras 60% de su población rural de 60 años o más permanece activa, en el área urbana sólo 38% de esta población se encuentra en tal condición.

Por otro lado, es importante rescatar que la participación económica de las personas adultas mayores experimentó un crecimiento a lo largo de la última década del siglo pasado en la región que se ha convertido en tendencia. Las razones: 1) reformas a los sistemas de pensiones, específicamente respecto al aumento de la edad legal para jubilarse y mayor número de años de cotización para tener acceso a una pensión, 2) el monto de las pensiones resulta insuficiente, 3) falta seguridad social en la adultez mayor y 4) participación en la responsabilidad económica familiar durante una etapa de crisis.

Cuadro 1.4 Tasas de actividades económicas de la población de 60 a 64 años y más en países seleccionados de América Latina, 1990 y 2000

País	Años	60-64 años			65 y más		
		1990	2000	Cambio porcentual	1990	2000	Cambio porcentual
Argentina	1990-2001	33.1	48.5	46.5	9.9	13.0	31.3
Brasil	1990-1999	41.8	47.1	12.7	19.7	25.5	29.4
Chile	1990-2000	36.9	42.6	15.4	14.5	17.5	20.7
Colombia	1992-2000	43.1	40.3	-6.5	21.3	19.2	-9.9
Ecuador	1994-2001	52.7	67.7	28.5	34.1	44.6	30.8
Honduras	1990-2000	57.2	56.7	-0.9	36.9	41.9	13.6
México	1990-2001	40.5	42.5	4.9	21.7	21.3	-1.8
Panamá	1991-2000	33.9	41.2	21.5	21.4	20	-6.5
Paraguay	1990-2001	47.2	60.4	28.0	34.3	39	13.7
Uruguay	1991-2000	38.1	40.3	5.8	10.7	10.1	-5.6
Venezuela	1990-2001	41.7	51	22.3	25.2	28.5	13.1

Fuente: CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento... *op. cit.*, p. 13.

Con esta perspectiva, el Diagnóstico concluye que “la participación económica de las personas [adultas] mayores está relacionada directamente con la cobertura de la seguridad social, decreciendo a medida que aumenta la proporción de población que accede a una pensión”.⁴³

De modo tal que la permanencia en la actividad laboral en la región no es resultado, en todos los casos de una opción voluntaria, sino de la necesidad de contar con un mínimo de recursos económicos.

Empero, la gravedad no se reduce a la falta de voluntad. Lo alarmante es que muchas veces las personas adultas mayores económicamente activas no perciben los ingresos necesarios para tener una vida con calidad, por lo que sólo les permiten sobrevivir.

Esto es aún más grave en los países en desarrollo, pues la falta de empleos formales y adecuados, obliga a las personas adultas mayores a insertarse en el mercado laboral informal, donde además de ingresos bajos padecen la carencia de seguridad social o prestaciones legales de otra índole. En suma, permanecen en condición de vulnerabilidad social.

Cabe advertir que aún bajo estas condiciones, la participación económica de las personas adultas mayores tiene un impacto positivo. De acuerdo con el Diagnóstico, en por lo menos nueve países de la región si se suprimieran los ingresos que aportan las personas adultas mayores, la incidencia de pobreza en sus hogares se incrementaría en 20% o más.⁴⁴

- *Sistemas de protección social.* De diez países analizados en la región, sólo Uruguay y Chile registraron un nivel de protección de seguridad económica a través de sistemas formales de protección social para las personas adultas mayores mayor a 50%; mientras que cinco (Brasil, Colombia, Ecuador, Argentina y Venezuela) alcanzaron 30% de cobertura y tres (Bolivia, Paraguay y Perú) se encuentran en niveles cercanos a 10 por ciento.

La deficiencia en la cobertura de los sistemas formales de protección es resultado, entre otras cosas, de una planeación de los regímenes de pensiones y jubilaciones inadecuada. Los sistemas de protección vigentes en la región fueron diseñados hace tres o cuatro décadas sin tomar en consideración dos cuestiones: la transición demográfica y, como producto de ésta en gran medida, la transformación de la demanda del mercado laboral.

⁴³ *Ibid.*, p. 13.

⁴⁴ *Ibid.*, pp. 12-14.

Por ello, es ineludible realizar un análisis prospectivo en torno a los sistemas de protección que permita identificar no sólo los *focos rojos* actuales y superarlos, sino planear qué medidas se deben aplicar paulatinamente, para estar en condiciones de satisfacer la demanda de seguridad social de las próximas generaciones.

De lo contrario, los jóvenes y adultos actualmente excluidos de la cobertura social, serán los adultos mayores que no tendrán acceso a un sistema de jubilaciones y pensiones.⁴⁵

- *Redes de apoyo familiar y comunitario.* De acuerdo con el diagnóstico, una de las principales fuentes de ingresos de las personas adultas mayores es el apoyo familiar. Tan es así, que para el porcentaje de población adulta mayor que no recibe algún tipo de ingreso, éste podría representar el único apoyo.

Según datos de la Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (Sabe) en América Latina y el Caribe –realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2001– un alto porcentaje de personas de 60 años o más de las ciudades analizadas recibe apoyo principalmente familiar. Este tipo de apoyo varía entre 82% registrado en Barbados, hasta 93% observado en las muestras de São Paulo y La Habana.

Aun cuando existen diferencias porcentuales entre las ciudades y los países, lo cierto es que en la región el apoyo familiar es contundente, pues en la mayoría de los países más de 60% de las personas adultas mayores cuenta con él.

Por otro lado, las transferencias de apoyo operan en una doble vía, pues las personas adultas mayores también ayudan a las demás. Al igual que en el caso anterior, los porcentajes son elevados, pues la proporción de apoyo varía entre 70% de Bridgetown y Barbados, hasta 88% que alcanzan Santiago de Chile y São Paulo.

Esta doble vía de transferencia es posible en la actualidad gracias a las condiciones demográficas de las décadas pasadas; sin embargo, debido al cambio paulatino de la estructura poblacional, las personas adultas mayores de las próximas décadas no contarán con esta posibilidad.

En este sentido, “las personas que serán mayores en los próximos años, deberán prepararse para su vejez en condiciones poco propicias, como las descritas antes, al tiempo que deberán ayudar a sus ancianos, sabiendo que no necesariamente contarán con el mismo tipo de apoyo familiar que ellos están ofreciendo a sus mayores”.⁴⁶

Aunado a lo anterior, los siguientes factores incidirán en la posibilidad de que la familia siga siendo en el futuro una de las principales fuentes de apoyo para las personas adultas mayores: la plena incorporación de la mujer en el ámbito laboral que la alejará de las funciones de cuidado que ha venido desempeñando en su rol de género y las modificaciones en la estructura familiar que podrían limitar su capacidad para ser fuentes de apoyo.⁴⁷

63. Los datos ventilan que las personas adultas mayores de la región aún enfrentan problemas para contar con la seguridad económica que les garantice una calidad de vida adecuada; sin embargo, de acuerdo con el informe sobre la aplicación de la estrategia regional, en los últimos años se han ido registrado avances relativos al derecho a la seguridad social y al derecho a trabajar en la vejez. En el cuadro 1.5 se da cuenta de las que se están emprendiendo en la región para mejorar la seguridad económica de este grupo poblacional.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 14-16.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 16.

⁴⁷ Entre las causas que provocarán cambios en la estructura familiar se encuentran el aumento en la expectativa de vida que redundará en la disminución de la viudez, además de los cambios en los patrones de formación y disolución de las uniones.

Cuadro 1.5 Principales áreas de intervención de los programas de seguridad económica dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe

Países	Seguridad Social		Empleo		Emprendimientos		Otras ayudas económicas (bonos especiales, subsidios en especies, asignación, otros)
	Protección especial para las personas sin capacidad contributiva o pobres	Cobertura o reajuste de pensiones del sistema contributivo	Legislación que prohíbe la discriminación por edad en el trabajo	Promoción del empleo para los trabajadores mayores	Fomento de oportunidad de créditos para actividades productivas	Promoción iniciativas productivas de personas mayores	
Antillas							
Neerlandesas		X					
Argentina	X	X					
Aruba ^a	X						
Belice	X					X	
Bolivia	X						
Brasil	X		X	X			
Chile	X	X	X	X		X	X
Colombia	X						
Costa Rica			X		X	X	
Cuba				X	X		X
El Salvador			X	X	X	X	
Guatemala	X			X			
Honduras	X	X		X	X	X	X
México ^b	X		X	X		X	
Nicaragua		X					
Panamá			X	X		X	X
Paraguay			X	X			X
Perú			X	X	X	X	
República Dominicana	X	X					X
Puerto Rico				X			X
Uruguay	X	X	X	X		X	

^a Aruba cuenta con un programa de pensiones no contributivas de cobertura universal.

^b La ciudad de México cuenta con un programa de pensiones no contributivas a todas las personas residentes mayores de 70 años.

Fuente: CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, diciembre de 2007, p. 70. Elaborado con información del Celade–División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

➤ Salud y bienestar

64. La segunda área de atención prioritaria identificada es la promoción de la salud y bienestar en la vejez. Respecto a ésta, los países de la región enfrentan grandes retos debido a las desigualdades sociales y de edad en el acceso a los servicios de atención médica y las condiciones de salud.

65. El incremento en términos porcentuales y absolutos de la población adulta mayor obliga a que se lleve a cabo una reestructuración de los servicios de salud. Como hemos referido anteriormente, el perfil de la población y, con ello, de la demanda de servicios de salud se modificarán considerablemente. En otras palabras en el futuro se necesitarán menos pediatras y más geriatras.

66. En torno a esta temática, el diagnóstico del Celade asienta que en 2003 la región se encontraba en las siguientes condiciones:

- *Perfiles de morbilidad y factores de riesgo.* De acuerdo con la encuesta Sabe, la mayoría de las personas adultas mayores de la región declara no tener buena salud, siendo invariablemente la población femenina quien tiene un indicador más alto.

Los resultados del sondeo son alarmantes: en las ciudades de México, Santiago de Chile y La Habana más de 60% de la población adulta mayor femenina y 50% de la población masculina refirió tener salud mala o regular.

Las diferencias en la región son evidentes, pues los porcentajes referidos anteriormente en el caso de los hombres son casi el doble de los encontrados en Buenos Aires, Barbados y Montevideo (35%) y muy superiores a los correspondientes a Canadá y Estados Unidos (40%).

- *Capacidad funcional y discapacidad.* No existen datos para conocer el alcance del fenómeno de la discapacidad de las personas adultas mayores en América Latina; sin embargo, algunos datos arrojados por la encuesta Sabe permiten realizar una aproximación a esta temática.

Respecto a la funcionalidad física⁴⁸ de la población adulta mayor, se encontró que alrededor de 20% de las personas adultas mayores entrevistadas señalaron tener limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como cruzar un cuarto, bañarse, vestirse, comer, acostarse o salir de la cama. Conforme avanza la edad, la funcionalidad es menor, pues 26% de las personas de 70 años o más refirieron tener dificultades.

Por otro lado, se encontró que en las ciudades con mayor oferta de residencias geriátricas de cuidados crónicos prolongados (Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown) hay menor prevalencia de discapacidad; mientras que en las ciudades con menor oferta de este tipo de servicios (Santiago de Chile, México, La Habana y São Paulo) el porcentaje de personas que tienen cuatro o más limitaciones para las ABVD es casi el doble en comparación con las ciudades que tienen mayor oferta.⁴⁹

Desde la perspectiva de que la capacidad funcional de las personas adultas mayores incide en su calidad de vida –pues posibilita que éstas puedan cuidar de sí mismas y participar sin limitaciones en la vida familiar y social–, resulta indispensable tomar medidas para atender esta problemática.⁵⁰

- *Modalidades de atención de las personas adultas mayores.* Al respecto el Diagnóstico señala lo siguiente:
 - a) Los principales cuidadores(as) de las personas adultas mayores con problemas de discapacidad y movilidad son los familiares y, la inmensa mayoría de éstos son mujeres (90%). La mayoría de los cuidadores(as) tienen 50 años o más y manifiestan: por un lado, tener problemas emocionales. En este sentido 60% refirió “sentir que no puede más”; y por el otro, no tener las condiciones económicas óptimas, al respecto 80% refirió presentar “problemas para afrontar los gastos”.
 - b) Las instituciones de cuidados a largo plazo se clasifican en: hospitales geriátricos o instituciones privadas o públicas registradas como tales, y residencias privadas que ofrecen esta modalidad de servicio pero que no cuentan con registro.

En el caso de cuidados de largo plazo, la respuesta del mercado a la demanda de las familias puede incentivar una cultura del abuso y el maltrato que viola los derechos humanos de la población adulta mayor. En este sentido se enfrentan las siguientes problemáticas: no existe en la región un registro confiable de las instituciones o residencias de

⁴⁸ Entendida como la capacidad para desempeñar actividades básicas de la vida diaria sin limitaciones.

⁴⁹ CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental..., *op. cit.*, p. 20.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 20.

atención a largo plazo, 90% de los países no cuenta con legislación que regule dichas instituciones, los países que cuentan con legislación no tienen capacidad para fiscalizar el cumplimiento de la misma, y las instituciones y residencias brindan el servicio con cuidadores (as) que no son capacitados (as), no cuentan con la formación profesional para desempeñar las actividades y, lo que es peor, la mayoría realiza sus labores sin supervisión alguna.

Por último, se estima que de 1 a 2% de las personas adultas mayores de la región residen en hogares colectivos, de acuerdo con los censos de población que incluyen las cifras de hospitales, asilos o residencias colectivas.⁵¹

La modalidad de atención domiciliaria es vista como un complemento de las descritas anteriormente, pues posibilita que la persona adulta mayor permanezca en su casa recibiendo la atención que requiere su estado de salud y nivel de funcionalidad.⁵²

- *Oferta de servicios de salud.* En la región hay coincidencia respecto a la necesidad de readecuar los servicios de salud para dar cabida a las necesidades específicas de las personas adultas mayores.

Con esta perspectiva, se tiene que hacer frente a los siguientes problemas: 1) falta de personal capacitado para atender a las personas adultas mayores, considerando que 80% del personal responsable de los programas de salud para este grupo poblacional no cuenta con capacitación o formación en los ámbitos de la salud pública o de geriatría o gerontología; 2) fragmentación de los servicios y falta de atención integral, pues en la mayoría de los casos las redes de atención no están coordinadas para satisfacer las necesidades de atención de las personas de 60 años o más, obligándolas a adaptarse a esquemas de atención para personas más jóvenes; 3) dificultades de financiamiento en los sistemas de salud, 4) falta de incorporación de la promoción de la salud, considerando que menos de 2% de los países de la región incluyen metas de promoción de la salud de las personas adultas mayores; 5) desconocimiento de los derechos, pues la mayoría de las personas adultas mayores no conoce sus derechos relativos a la salud, particularmente aquéllas que tienen alguna discapacidad, viven en comunidades rurales o tienen un nivel bajo de estudios; 6) desarrollo limitado y poco fiscalizado de las instituciones de larga estadía, y 7) falta de investigación y monitoreo, pues aun cuando la mayoría de los países tiene capacidad para realizar investigación en salud pública, no están capacitados para estudiar la epidemiología relativa al envejecimiento y el impacto que representan las enfermedades de la vejez en las personas, familias y servicios.⁵³

67. De acuerdo con el *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional* los países han adoptado una serie de acciones para mejorar las condiciones referidas anteriormente, de las cuales destacan las mostradas en el siguiente cuadro 1.6.

⁵¹ *Ibid.*, p. 21.

⁵² *Ibid.*, p. 20.

⁵³ *Ibid.*, p. 23.

Cuadro 1.6 Principales ámbitos de intervención de los programas de salud dirigidos a las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe

Países	Prestaciones sanitarias		Formación de personal		Cuidados de largo plazo			
	Inclusión del envejecimiento en la atención primaria en salud	Servicios farmacéuticos	Atención especializada (ambulancia hospitalaria, domiciliaria, de urgencia)	Especialización en geriatría o gerontología a nivel de universidades	Formación en geriatría y gerontología para equipos de salud	Fomentar alternativas comunitarias de cuidados	Medidas que regulan la apertura o funcionamiento de instituciones de larga estancia	Estrategias de promoción y prevención de salud
Antillas Neerlandesas			X		X		X	X
Argentina		X	X		X			
Aruba			X				X	X
Belice		X	X		X			X
Bolivia								X
Brasil	X	X						X
Chile	X	X	X	X	X	X	X	X
Costa Rica			X	X		X	X	
Cuba	X		X	X	X	X	X	X
El Salvador					X			X
Guatemala							X	
Honduras	X				X		X	
México		X		X				X
Nicaragua			X					X
Panamá	X		X			X		X
Paraguay		X				X		X
Perú			X		X			
Puerto Rico		X	X		X	X	X	X
República Dominicana		X		X				X
Uruguay	X				X	X	X	X
Venezuela		X	X	X			X	

Fuente: CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional...*, op. cit., p. 95. Elaborado con información del Celade–División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

➤ Entornos favorables

68. La tercera área prioritaria de atención identificada es el logro de entornos emancipadores y propicios. En este sentido, hay dos vertientes que se deben tomar en consideración: la creación de entornos sociales favorables y la creación de entornos físicos favorables.

Entornos sociales favorables

69. Respecto a la creación de entornos sociales favorables en la región se deben atender las siguientes problemáticas:

- *Maltrato de personas adultas mayores.* Se reconoce que el “maltrato a las personas [adultas mayores] es un acto único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.⁵⁴ En el caso de las personas adultas mayores se reconocen como tipos de maltrato el físico, psicológico, el patrimonial e incluso el autoabandono.

⁵⁴ Action on Elder Abuse, “Action on elder abuse’s definition of elder abuse”, *Action on Elder Abuse Bulletin*, Londres, mayo-junio de 1995, citado en CEPAL, Conferencia Regional Intergubernamental..., op. cit., pp. 23-24.

No se cuenta con datos que sustenten la incidencia ni la gravedad de este fenómeno en la región; sin embargo, de acuerdo con el mismo diagnóstico, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones a partir de estudios realizados en diferentes países:

- a) Entre las condiciones que favorecen el maltrato de las personas adultas mayores se encuentran: la falta de recursos para atender sus necesidades, el hecho de que los(as) cuidadores(as) no sean calificados y presenten situaciones de estrés, crisis económicas y desempleo.
- b) El tipo de maltrato que se presenta con mayor frecuencia es el psicológico “expresado en insultos, intimidación, humillación, o indiferencia, lo que incide en sentimientos de inseguridad, evasión y refuerzo del aislamiento de las personas [adultas mayores]”.⁵⁵
- c) La mayor parte de las víctimas y agresoras son mujeres. Esto, en el primer caso, se debe a que las mujeres tienen una probabilidad más alta de necesitar cuidados debido al deterioro fisiológico que implica su mayor longevidad; mientras que el segundo caso es consecuencia de que generalmente el cuidado de las personas adultas mayores recae en las mujeres.

Por otro lado, entre las claves que se han identificado respecto al maltrato de las personas adultas mayores en los diferentes ámbitos se encuentran las siguientes:

- a) En la familia, se identifican dos factores claves en todos los tipos de maltrato: el sexo (siendo las mujeres de 75 años o más las principales víctimas) y la condición socioeconómica.
- b) En la comunidad, el maltrato se asocia con las siguientes variables, producto de la modernización: “pérdida progresiva de funciones, la interdependencia generacional y la erosión de las estructuras familiares tradicionales. Uno de los factores más importantes al respecto es el desplazamiento forzoso, por razones de diferente índole, que provoca en las personas adultas mayores sentimientos de desarraigo y depresión”.⁵⁶
- c) En las instituciones (residencias, asilos, estadías, etc.) la falta de satisfacción de los estándares de calidad que se traducen en “privaciones de cuidado, pérdida de individualidad, fraude, suicidios, etcétera”.

Ante este escenario resulta indispensable promover estudios de medición que puedan dar cuenta de la gravedad del fenómeno y las variables que lo posibilitan y, con esa base, diseñar e implementar acciones para atacar las principales causas de la problemática, tomando en consideración que sus repercusiones abarcan los ámbitos personal, social y económico.

- *Imagen del envejecimiento.* Diversos estudios en esta temática indican que la visión respecto del envejecimiento en las sociedades occidentales es negativa y se refleja en la representación de ésta como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social.

Se identifica como posible causa de esta problemática la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas de diferente índole que provoca prejuicios e ideas en que los cambios de orden físico y biológico se “construyen como pérdidas en la vida social”.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 24.

⁵⁶ *Idem.*

Aunado a lo anterior se tiene que considerar otro factor: la sobreestimación de los atributos relacionados con la imagen de la juventud (belleza, vigor, lozanía, etc.), que impiden valorar a las personas ajenas a ellos.

Este escenario arroja como saldo que la vejez sea percibida como fuente de vulnerabilidad en los ámbitos social y económico, lo que puede provocar la exclusión del grupo conformado por las personas adultas mayores.

Esta condición de vulnerabilidad social se agrava por la invisibilidad del envejecimiento y, por ende, de la población adulta mayor en los espacios de la gestión pública, la investigación y la academia.

- *Participación de las personas adultas mayores.* De acuerdo con el diagnóstico del Celade, ésta es entendida como “la organización de los individuos en torno de intereses y crea[ci]ón de] condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas”.

En el caso de las personas adultas mayores apunta: “la autorrealización personal implica desempeñar un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad”.

Entornos físicos favorables

70. Por lo que hace a los entornos físicos favorables, se cuenta con los siguientes datos:

- *Acceso de vivienda de buena calidad.* Al respecto del saneamiento básico y al agua potable se observó que los hogares con personas adultas mayores –exceptuando los casos de México y Chile– cuentan con una cobertura un poco más alta del promedio nacional. En el caso de la cobertura de servicios básicos para las personas adultas mayores de la región en comparación con la población de otros grupos etarios, el *Estudio económico y social mundial 2007* rescata los datos que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.7 Acceso a servicios básicos en América Latina por grupos de edad

	Agua				Sanitarios				Alcantarillado			
	Todos (i)	60+ (ii)	50-59 (iii)	25-49 (iv)	Todos (i)	60+ (ii)	50-59 (iii)	25-49 (iv)	Todos (i)	60+ (ii)	50-59 (iii)	25-49 (iv)
Bolivia	77	73	77	78	66	59	67	69	46	52	52	44
Brasil	96	96	97	97	69	69	71	69	56	58	59	56
Chile	95	94	95	96	87	87	90	87	80	78	82	81
Colombia	76	81	76	74	79	80	78	78	57	55	57	58
Costa Rica	96	95	96	96	95	94	95	95	28	34	32	25
República Dominicana	71	72	73	71	60	57	62	62	23	24	25	22
Ecuador	73	73	73	73	79	75	79	80	45	42	46	46
El Salvador	59	61	66	58	35	31	41	37	32	28	37	34
Guatemala	66	67	71	67	46	46	50	44	38	39	40	37
Haití	14	15	12	15	4	3	4	4	–	–	–	–
Honduras	35	33	39	35	44	39	47	44	34	29	35	36
México	88	89	90	88	65	64	69	65	71	71	74	71
Nicaragua	61	65	62	61	23	26	25	21	17	20	19	15
Paraguay	70	67	69	72	61	60	62	62	8	10	8	7
Perú	61	64	69	57	58	57	65	56	48	52	58	44
Uruguay	99	99	69	99	94	96	95	93	64	71	68	64
Venezuela	94	95	95	94	89	91	92	89	72	76	77	70

Fuente: United Nations, *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, p. 38, en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>>.

- *Hacinamiento.* Se encontró que el hacinamiento (teniendo como indicador más de tres personas por dormitorio) tiene menor presencia en los hogares que tienen entre sus miembros a personas adultas mayores.⁵⁷
- *Uso de espacio urbano.* Según datos de la encuesta Sabe, la planeación y acondicionamiento de las ciudades impide o facilita que las personas adultas mayores tengan acceso a los servicios y oportunidades del medio urbano. Tan es así que 10.8 y 17.4% de las personas adultas mayores de Montevideo y Santiago de Chile, respectivamente, señalaron que han dejado de salir de su casa por temor a sufrir una caída. Para el caso de Santiago de Chile se identificaron como factores de riesgo: la ausencia de barras de sujeción, escalones irregulares, barandas e iluminación inadecuadas, etcétera.

71. Para superar las barreras que impiden que las personas adultas mayores cuenten con entornos físicos y sociales favorables, a lo largo de los últimos años los países de la región han desplegado una serie de acciones. De acuerdo con información proporcionada por estos países al Celade, los principales ámbitos en que han intervenido son los siguientes:

Cuadro 1.8 Principales ámbitos de intervención de los programas de entornos físicos y sociales dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe

	Entornos físicos				Entornos sociales		
	Vivienda	Transporte	Accesibilidad	Redes sociales y apoyo familiar	Participación social	Maltrato	Educación
Aruba	X	X	X	X			
Antillas Neerlandesas				X			X
Argentina		X	X	X	X	X	
Belice	X			X	X	X	X
Bolivia						X	
Brasil		X		X	X	X	
Chile	X	X	X	X	X	X	X
Colombia			X			X	
Costa Rica	X	X		X	X	X	X
Cuba	X	X		X	X	X	
El Salvador	X					X	
Guatemala		X		X			
Honduras			X			X	
México	X		X			X	
Nicaragua			X	X		X	
Panamá	X			X		X	
Paraguay			X		X		
Perú	X					X	
Puerto Rico	X	X	X	X		X	
República Dominicana	X		X	X		X	X
Uruguay	X			X	X	X	
Venezuela		X				X	

Fuente: CEPAL, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional...*, op. cit., p. 124. Elaborado con información del Celade-División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta sobre programas dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe.

2. Conclusiones

72. El panorama descrito es poco alentador. En materia de seguridad económica, vivienda, vida con calidad, salud, educación y servicios sociales personales se enfrentan fuertes rezagos.

⁵⁷ El porcentaje más alto corresponde a Nicaragua (44.6%) y el más bajo a Ecuador (20.7%).

73. De acuerdo con un estudio realizado por el Celade en 2001 –respecto a las políticas públicas y las acciones de la sociedad en torno a la población adulta mayor– los principales factores que dificultan la acción social para atender las problemáticas derivadas del envejecimiento son:

1. La incapacidad de los países para identificar la magnitud de los problemas;
2. Una cierta “pereza pública” para asumir las recomendaciones de organismos internacionales, y
3. El déficit y la incapacidad de recursos públicos y privados para hacer frente al nuevo cuadro de demandas originadas por el envejecimiento.⁵⁸

74. Para enfrentar estos desafíos, el mismo estudio advierte que los países de la región deben diseñar políticas públicas específicas que partan de lo siguiente:

- a) Una revalorización sociopolítica y cultural (ciudadanía plena) de las personas adultas mayores, que incentive positivamente su participación en la vida política, económica, social y cultural. En este contexto se inscriben las políticas de fomento a la organización para las personas adultas mayores, que hagan efectiva su participación en la sociedad y enfrenten sus propios desafíos mediante sus propias organizaciones.
- b) El diseño de políticas de empleo y acceso al mercado laboral que mantengan o recuperen empleos, y que distingan entre la vocación, el deseo de seguir y la imposición de continuar trabajando por razones económicas.
- c) El diseño de políticas que contribuyan a la plena incorporación de las personas mayores a sistemas universales de jubilaciones y a pensiones dignas; en este contexto, el Estado debe controlar las imposiciones previsionales y sancionar la evasión.
- d) Si los Estados abdican –consciente o inconscientemente– de su papel de protección y de asistencia social hacia sus generaciones adultas mayores, deberán fortalecer la capacidad de sustentación o intervención de quienes asumen la responsabilidad de atender a las personas mayores. La familia, las redes sociales, la sociedad civil, etc., necesitan apoyo para enfrentar los desafíos.
- e) Políticas que recuperen el bienestar físico, psíquico y cultural de este grupo, apuntando a su integración social y a revertir la desvalorización social, recomponer las redes de solidaridad, los mecanismos para un acceso pleno a la educación y la salud, y repensar la construcción de un hábitat que permita su desenvolvimiento físico y sociocultural.⁵⁹

75. Es apremiante que los Estados tomen cartas en el asunto. No está de más repetirlo: no sólo hay que crear las condiciones para garantizar una vejez digna y segura en el futuro, sino afrontar las insuficiencias actuales.

76. En este contexto, la salvaguarda de los derechos de las personas adultas mayores de la región dependerá, en gran medida, de la voluntad y la capacidad políticas de los Estados, así como de la realización oportuna de un diagnóstico –que permita identificar los retos y oportunidades–, que justifique las líneas de acción estratégicas, las cuales deberán, invariablemente, contar con indicadores que permitan la medición del cumplimiento de sus objetivos.

⁵⁸ Alberto Viveros Madariaga, *op. cit.*, p. 17.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 18.

C. Envejecimiento demográfico en México

77. En el caso de México, tres grandes cambios constituyen la guía del proceso de transición demográfica:

- *Reducción de la mortalidad.* Gracias a una mayor cobertura de los programas y servicios de salud, a inicios de la década de los treinta se incrementó el control de las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias, lo que propició una reducción de los niveles de mortalidad. De este modo, mientras en 1930 morían 156 niños por cada 1 000 que nacían, para 1990 la cifra se había reducido a 40, y en 2000 a sólo 31. De acuerdo con cálculos del Consejo Nacional de Población (Conapo), para 2050 la tasa de mortalidad será de 10.4 defunciones por cada 1 000 habitantes.
- *Aumento en la esperanza de vida.* La reducción de los niveles de mortalidad hizo posible que de 1930 a 1970 la esperanza de vida de los hombres pasara de 33 a 59 años y en el caso de las mujeres de 35 a 63; diez años después alcanzó como promedio los 72 y 77 años, respectivamente. Se espera que la tendencia continúe hasta llegar a los 80 años promedio de edad para las y los mexicanos en 2050.
- *Disminución de la tasa de fecundidad.* México experimentó también una fuerte reducción de la tasa global de fecundidad durante el periodo comprendido entre 1970 y 1990, al pasar de 6.8 hijos promedio por mujer a 3.4. Para finales del siglo pasado el promedio de hijos por mujer era de alrededor de 2.9, de acuerdo con estimaciones basadas en resultados censales. Según proyecciones realizadas por Conapo, la fecundidad de la mujer mexicana seguirá en descenso hasta alcanzar la cifra de 11 nacimientos por cada 1 000 habitantes para 2050.⁶⁰

78. La migración internacional puede considerarse como una cuarta guía del caso mexicano. No podría ser diferente; el caudal de la migración México-Estados Unidos no tiene par. Durante el siglo pasado, la emigración de mexicanos(as) se presentó como una constante; sin embargo, fue en las últimas tres décadas cuando creció de manera explosiva. “Se estima que en los años setenta salieron del país entre 1.2 y 1.55 millones de personas; para los ochenta emigraron de 2.10 a 2.60 millones; en los noventa fueron alrededor de 3.3 millones”,⁶¹ y de 2000 a 2007, aproximadamente 2.8 millones.⁶²

79. La suma de estas variables propició un cambio importante en la distribución por edades de la población que habita en nuestro país: un mayor crecimiento de los grupos conformados por las personas adultas (30 a 59 años) y adultas mayores, en comparación con los grupos integrados por las personas más jóvenes.

80. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEG) –anteriormente Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)–, durante las tres últimas décadas

⁶⁰ Véase Conapo, *Envejecimiento de la población en México, reto del siglo XXI*, México, julio de 2004, p. 19. También INEG, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*, 1 de octubre de 2005, pp. 1-2, en <<http://www.inegi.gob.mx>>.

⁶¹ Véase Grupo Consultor Interdisciplinario, “Retrato del migrante (los mexicanos del otro lado)”, *Carta de Política Mexicana*, núm. 369, 3 de junio de 2005, p. 7.

⁶² Entre las principales causas de la migración acontecida en los últimos años se encuentran: el desempleo, la diferencia de salarios entre ambos países –se estima que se encuentra en un orden de 8 a 1, así mientras en 2003 el salario mínimo federal por hora en Estados Unidos era de 41.18 pesos, en México era de 5.19–, la permanente demanda de mano de obra mexicana por parte del mercado estadounidense y la situación del campo mexicano. *Ibid.*, pp. 7-8.

del siglo XX las personas adultas mayores tuvieron una tasa de crecimiento anual promedio de 3.24%, mientras que la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 2.4 por ciento.⁶³

81. En este mismo periodo, la tasa de crecimiento de las personas de 60 años o más sólo estuvo por debajo de la registrada para el grupo de adultos, que obtuvo el crecimiento más alto y uniforme con una tasa de 3.3% anual.

82. Por su lado, el ritmo de crecimiento de la población más joven (0 a 14 años) se redujo de manera sustancial, pues mientras de 1970 a 1990 su volumen aumentó 1.7% en promedio al año, durante la última década registró un crecimiento de tan sólo 0.5% anual.

83. Lo mismo ocurrió con el grupo de las personas en edad joven (15 a 29 años), que pasó de una tasa de crecimiento anual de 3.3% en 1970 a una tasa de 1.3% anual en la década de los noventa.

84. En suma, las personas adultas mayores aumentaron su presencia, tanto en términos relativos como absolutos, respecto del total de la población. Mientras en 1970 había 2.7 millones de personas de 60 años o más en el país, para 2000 este grupo contaba con 6.9 millones, lo que significó en términos porcentuales un incremento de 5.6 a 7.1 por ciento.

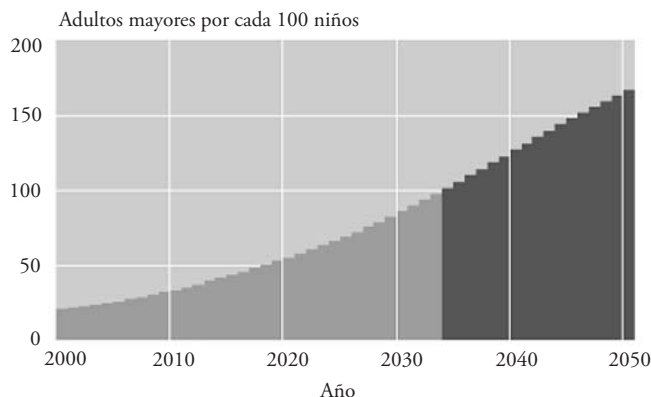
85. El envejecimiento de la población mexicana tiene un ritmo creciente, y como lo advierte el Conapo, las personas adultas mayores del mañana ya nacieron: “las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020”. Así, tendrá lugar un crecimiento importante de la participación porcentual de las personas adultas mayores respecto del total de la población: de 7% de la población total en 2000, a 12.5% en 2020 y 28% para 2050.⁶⁴

86. De tal manera que a mediados del siglo XXI habrá más de 36 millones de personas adultas mayores, de las cuales más de la mitad tendrán 70 años o más.

87. Otros indicadores que dan cuenta del fenómeno son: la relación numérica entre la población infantil y las personas adultas mayores, y la edad media de la población del país. Respecto a lo primero, cabe referir que mientras en 2000 había 20.5 personas adultas mayores por cada 100 niños, se espera que en 2034 el número de personas de 60 años o más sea igual al de los niños y que para 2050 el índice se ubique en una razón de 166.5 personas adultas mayores por cada 100 niños. En otras palabras, México se convertirá, paulatinamente, en un país con más personas adultas mayores y menos niños y niñas.

⁶³ INEG, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad...*, op. cit., p. 3.

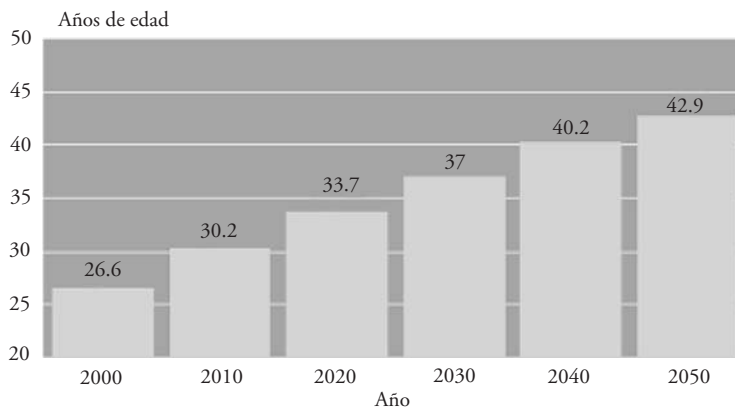
⁶⁴ Conapo, *Envejecimiento de la población en México...*, op. cit., p. 22.

Gráfica 1.3 Índice de envejecimiento de la población en México, 2000-2050^a

^a El cambio, de izquierda a derecha, en el color de las barras indica que la razón es favorable a las personas adultas mayores.

Fuente: Conapo, *Envejecimiento de la población en México, reto del siglo XXI*, México, julio de 2004, p. 23.

88. En torno al segundo aspecto, el cambio no será menos radical. Al iniciar el siglo XXI la edad media de la población mexicana era de 26.6 años, lo que significó un incremento de apenas cinco años en las últimas tres décadas. En contraste, se espera que en 2030 la edad media sea de 37 años. Para decirlo distinto, en el mismo periodo el incremento será del doble (10 años), y la tendencia se mantendrá, pues se augura que para 2050 la edad media alcance los 43 años.

Gráfica I.4 Edad media de la población en México, 2000-2050

Fuente: Conapo, *Envejecimiento de la población en México...*, *op. cit.*, México, julio de 2004, p. 23.

89. El II Censo de Población y Vivienda realizado por el INEG en 2005, revela que de los 103 millones 263 mil 388 personas que viven en México –de las cuales 51.3% son mujeres (53 013 433) y 48.7% hombres (50 249 955)–, poco más de 8%, es decir, poco más de 8 millones son adultas mayores.⁶⁵

90. De esta población adulta mayor, aproximadamente 53% son mujeres (4 445 844) y 47% (3 892 991) hombres; en otros términos, en el país hay poco más de cuatro millones y medio de mujeres adultas mayores –que a su vez representan cerca de 8.4% del total de mujeres que viven en el

⁶⁵ INEG, II Censo de población y vivienda 2005, en <<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005>>.

país–, y cuatro millones de hombres adultos mayores –que representan cerca de 8% del total de hombres que viven en el país–.

91. Como se puede observar, el envejecimiento de la población mexicana es un hecho; sin embargo, dista de ser uniforme. La dinámica demográfica entre las entidades federativas permite observar las diferencias producto de: 1) el momento de inicio del proceso de transición; 2) su duración; y 3) el tiempo de desfase entre la disminución de la fecundidad y la mortalidad.

92. De acuerdo con el Conapo, en 2000 las entidades que presentaban mayor avance del envejecimiento eran el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí.⁶⁶

93. Cabe señalar que este avance no es producto de las mismas variables en todos los casos, pues mientras en el Distrito Federal se debe a una fase avanzada del proceso de transición, en Zacatecas y Oaxaca es resultado, en gran parte, de la emigración.⁶⁷

94. En el extremo contrario se encuentran las entidades que exhiben un mayor rezago en la transición, entre las que destacan Chiapas, Tabasco y Quintana Roo.

95. Al igual que en el caso anterior, el grado de envejecimiento tiene distintas explicaciones. En el caso de Quintana Roo, por ejemplo, ha sido la inmigración lo que ha propiciado el incremento de la población en edades reproductivas y laborales.

96. Las diferencias han dejado como saldo –de acuerdo con datos arrojados por el II Censo de Población y Vivienda 2005– la siguiente radiografía del envejecimiento que se muestran en el cuadro 1.9.

Cuadro 1.9 Envejecimiento poblacional por entidad federativa, 2005

Entidad	Número de personas adultas mayores	Porcentaje que representan respecto del total de la población de la entidad
Aguascalientes	72 771	6.83
Baja California	164 888	5.80
Baja California Sur	31 053	6.06
Campeche	56 210	7.45
Coahuila	193 764	7.77
Colima	46 316	8.15
Chiapas	278 350	6.48
Chihuahua	247 283	7.63
Distrito Federal	859 438	9.85
Durango	130 472	8.64
Guanajuato	391 166	7.80
Guerrero	278 182	8.93
Hidalgo	204 325	8.71
Jalisco	556 526	8.24
México	891 609	6.36
Michoacán	372 115	9.38

⁶⁶ Conapo, *Envejecimiento de la población en México...*, op. cit., p. 28.

⁶⁷ “En estos estados, igual que en el medio rural, gran parte de la población en edad laboral emigra, lo que genera un proceso de envejecimiento demográfico atípico, en el que la población se va componiendo de adultos mayores y niños”, *Ídem*.

Cuadro 1.9 Envejecimiento poblacional por entidad federativa, 2005 (*continuación*)

Entidad	Número de personas adultas mayores	Porcentaje que representan respecto del total de la población de la entidad
Morelos	143 942	8.92
Nayarit	90 661	9.55
Nuevo León	360 387	8.58
Oaxaca	341 241	9.73
Puebla	440 486	8.18
Querétaro	105 236	6.58
Quintana Roo	44 163	3.89
San Luis Potosí	221 334	9.18
Sinaloa	220 998	8.47
Sonora	191 223	8.00
Tabasco	135 093	6.79
Tamaulipas	245 476	8.12
Tlaxcala	82 806	7.75
Veracruz	674 560	9.50
Yucatán	163 076	8.96
Zacatecas	134 438	9.85
Total nacional	8 338 835	8.07^a

^a Porcentaje que representa con relación al total de la población a nivel nacional.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEG.

97. Como se puede observar, en determinado momento, cada una de las entidades enfrentará los retos y oportunidades que conlleva la transición demográfica; no obstante, los estados *pioneros* –entre ellos, el Distrito Federal– están llamados a marcar la pauta en este sentido.

1. Situación de las personas adultas mayores en México

98. De acuerdo con estimaciones y proyecciones del Conapo (diciembre de 2002),⁶⁸ datos arrojados por los Censos de Población y Vivienda 2000 y 2005 del INEG y sondeos de tipo sociodemográfico, el perfil de la población adulta mayor en México está definido por los siguientes rasgos:

- *Distribución por sexo y edad.* El índice de masculinidad no sufrirá fuertes cambios durante la primera mitad de este siglo, pues pasará de 84.69 hombres por cada 100 mujeres en 2000 a una relación de 85.13 hombres por cada 100 mujeres para 2050.
Otro rasgo que distingue a este grupo es el predominio de las personas más jóvenes (60-64 años) que representan 31.5% del total, seguidas de las más longevas (75 años o más) que equivalen a 27.12%; mientras que el tercer y cuarto lugar de participación porcentual lo ocupan las personas de 65 a 69 y 70 a 74, respectivamente.
- *Arreglos de residencia.* En 2000, 23.28% de los hogares del país tenía entre sus miembros a una persona adulta mayor, 18.96% tenía como jefe(a) de familia a una persona de 60 años o más y 5.36% de los hogares estaban conformados únicamente por personas adultas mayores.
- *Estado civil.* Para 2000: 1) la mayoría de los hombres adultos mayores estaban casados (68.9%), 8% vivía en unión libre, 3% era separado y cerca de 1% divorciado; mientras que

⁶⁸ Estas proyecciones y estimaciones se realizaron con base en el Censo de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cabe señalar que no fue posible tener como referencia el Censo del 2005 para algunos de los datos, debido a que la información no ha sido analizada por el INEG al nivel requerido por el presente informe.

4.77% era soltero y poco más de 14% viudo; 2) en las mujeres la situación era diferente, predominaban las viudas que representaban 41.55%, seguidas de las casadas que equivalían a 41.47%; mientras que 6.8% eran solteras, 4.77% estaban separadas y sólo 1.62% eran divorciadas.

Lo anterior revela que mientras 55 mujeres de cada 100 no vivían en pareja, en el caso de los hombres esta cifra se reducía a menos de 23 por cada 100.

- **Educación.** En 2000, 2.1 millones de personas adultas mayores no sabían leer ni escribir, 779 mil de éstas eran hombres (37%) y 1.3 millones mujeres (62%). La diferencia entre los sexos refleja los patrones educativos que imperaban en el pasado, donde se daba preferencia a la educación para los hombres.

En relación con la educación se evidenció que la proporción de analfabetismo de la población de 60 años en las áreas rurales (menos de 2 500 habitantes) era de 40 por cada 100 hombres y 59 por cada 100 mujeres; mientras que, en las grandes ciudades (de un millón y más de habitantes) se encontraban en esta situación sólo 10 de cada 100 hombres y 20 de cada 100 mujeres.

Por entidad federativa también se encontraron diferencias sustanciales. Para muestra basta un botón; mientras en el Distrito Federal 11.2% de este grupo poblacional era analfabeta, en Guerrero, Oaxaca y Chiapas el número de personas adultas mayores que se encontraban en esta situación era de poco más de 50 por ciento.

Ahora bien, en lo que respecta al nivel de escolaridad, de cada 100 personas adultas mayores, 36 no tenían instrucción formal, 35 tenían la primaria incompleta, 16 contaban con la primaria terminada, 6 tenían algún grado aprobado de secundaria y 7 estudios posbásicos. La agudeza del problema es aún más clara si hacemos referencia al promedio de años de escolaridad para este grupo, el cual era de 3.6 años para los hombres y 3.1 años las mujeres.⁶⁹

El panorama es desalentador; buena parte de las personas adultas mayores se encuentra en el nombrado rezago educativo, es decir, no terminó la educación primaria. Esto es producto de las dificultades que enfrentaron las personas que nacieron antes de la década de los 40 para acceder a la educación básica y concluirla.

Hoy el índice más alto de analfabetismo corresponde a las personas adultas mayores; por ello, se deben gestar estrategias de atención educativa que partan de esta realidad.

Cuadro 1.10 Tasa de analfabetismo por grupos de edad según sexo, 2000

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	9.5	7.4	11.3
15 a 29 años	3.6	3.3	3.9
30 a 44 años	7.0	5.3	8.6
45 a 59 años	15.6	11.3	19.5
60 años y más	30.1	23.9	35.5

Fuente: INEG, *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, 2005, p. 19.

Conforme avanza la edad, el rezago es mayor, de modo tal que las mujeres y los hombres de 85 años o más alcanzan una tasa de analfabetismo de 48.6% y 38%, respectivamente.

⁶⁹ INEG, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad...*, op. cit., p. 3.

Cuadro 1.11 Tasa de analfabetismo de la población adulta mayor, por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000

Grupos de edad	Hombres	Mujeres
60 a 64 años	19.0	29.7
65 a 69 años	21.5	33.4
70 a 74 años	25.5	37.7
75 a 79 años	27.8	39.4
80 a 84 años	31.3	41.3
85 años y más	38.0	48.6

Fuente: INEG, *Los adultos mayores en México...*, op. cit., p. 19.

El impacto que tiene el rezago educativo no es menor, éste se traduce en la imposibilidad para adquirir conocimientos, capacidades, habilidades e incluso hábitos que propician tanto la inserción a la actividad económica como el mejor desempeño de las personas adultas mayores en la sociedad.

En este sentido, un estudio del INEG refiere “saber leer y escribir un recado no es una condición suficiente para la plena integración de las personas en la sociedad, sin embargo, contribuye a su crecimiento cultural, amplía su posibilidad de esparcimiento mediante la lectura y favorece su independencia”.⁷⁰

- *Urbanización.* En 2000, de los cerca de 7 millones de adultos mayores que residían en el país, la mayor parte se encontraba en el sistema urbano conformado por 364 ciudades. En términos relativos, 62% de las personas adultas mayores vivía en zonas urbanas, mientras que 11.7% residía en zonas mixtas o en transición rural-urbana, y 26.4% en asentamientos rurales.

Aun cuando la población adulta mayor tiene un patrón de distribución territorial similar al que se observa respecto de la población general, es importante destacar que este grupo presenta un grado de urbanización menor respecto al promedio nacional que es de 66.6 por ciento.

En cuanto a la diferenciación urbano-rural en el país se observó que en 21 entidades el porcentaje de la población adulta mayor que habitaba en localidades urbanas superaba 50%, siendo los casos más representativos el Distrito Federal (100%), Nuevo León (86.5%), Coahuila (85.9%), Baja California (84.4%) y el Estado de México (81.5%), con grados de urbanización superiores a 80 por ciento.

Lo contrario ocurrió en las siguientes entidades que concentraron los mayores niveles de población adulta mayor en zonas rurales: Oaxaca (58.6%), Hidalgo (53.5%), Zacatecas (53.1 por ciento).

En el caso de la población adulta mayor que habita en zonas rurales, cabe advertir que el aislamiento geográfico y la dispersión de las localidades pequeñas pueden incidir de forma determinante en su nivel de oportunidades de desarrollo y condiciones de vida.⁷¹

- *Uso del tiempo.* De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002, los miembros de hogar de 60 años y más, destinaban la mitad del tiempo semanal a cubrir sus necesidades fisiológicas y cuidados personales, 18.3% al trabajo doméstico, 13.5% al esparcimiento, cultura y convivencia, y 12% trabajaba para el mercado. Es importante rescatar que las mujeres destinaban cuatro veces más de su tiempo que los hombres al trabajo para

⁷⁰ INEG, *Los adultos mayores en México...*, op. cit., p. 19.

⁷¹ Carlos Anzaldo, Juan Carlos Hernández y Minerva Prado, “Distribución territorial de los adultos mayores”, en Conapo, *La situación demográfica de México*, 2004, diciembre de 2004, pp. 111-112.

el hogar (cuatro horas al trabajo doméstico por cada hora que los varones dedicaban a dicha actividad).⁷²

- *Lengua indígena.* Para el 2000, según datos del INEG, poco más de 705 mil personas adultas mayores señalaron hablar alguna lengua indígena, cifra que representa 10.1% de la población de este grupo.⁷³
- *Religión.* En comparación con la media nacional, la población de 60 años y más registra un porcentaje ligeramente más alto de catolicismo, por lo tanto, es menor el porcentaje de población con una religión distinta o que no profesa alguna creencia religiosa.

99. En lo que respecta a los principales temas relacionados con las tres áreas prioritarias de atención se cuenta con la siguiente información:

a) SEGURIDAD ECONÓMICA

100. Para hablar de la situación que enfrentan las personas adultas mayores en el ámbito de la seguridad económica se retomará la información del estudio *Los adultos mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI* realizado por el INEG en 2005, en el cual se desagregan los datos de la Encuesta Nacional de Empleo 2004 (segundo trimestre) al nivel requerido para ofrecer dicho panorama.

101. De acuerdo con dicho sondeo la tasa de participación económica de la población adulta mayor para el segundo trimestre de ese año alcanzaba 36.5%, siendo considerablemente mayor la participación de los hombres (56.8%) que la de las mujeres (19.1 por ciento).

102. Por otro lado, se observó que la inserción de las personas adultas mayores en el mercado laboral tiende a disminuir conforme avanza la edad. Así, mientras la participación de los hombres y las mujeres de 60 a 64 años alcanzaba valores de 74.8 y 29.1%, respectivamente, para el grupo etario de 80 años y más se reducía a sólo 25.5% en el caso de los hombres y 5.2% para las mujeres.

Cuadro 1.12 Tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más, por grupos quinquenales de edad según sexo, 2004

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

Fuente: INEG, *Los adultos mayores en México...*, op. cit., p. 23.

103. Respecto a la relación existente entre la participación económica y el nivel de instrucción, no se logró identificar una constante ni a nivel general ni por sexos. Las personas adultas mayores con instrucción profesional⁷⁴ tienen el nivel de participación más alto (47.2%), sin embargo, no existe una tendencia en este sentido, pues quienes tienen primaria incompleta ocupan el segundo lugar de participación.

⁷² *Ibid.*, p. 7.

⁷³ *Ibid.*, p. 9.

⁷⁴ Incluye algún grado aprobado en los niveles de carrera técnica o comercial, profesional, maestría o doctorado con antecedente de preparatoria terminada. INEG, *Los adultos mayores en México...*, op. cit., p. 24.

104. En el caso de los hombres, el índice más alto de participación lo tenían aquéllos sin instrucción o con primaria incompleta,⁷⁵ con 59.7% para ambos casos, mientras que el segundo lugar lo ocupaban quienes se encuentran en el extremo contrario; es decir, los(as) profesionales, con una participación de 54.1 por ciento.

105. Entre las mujeres tenían mayor participación las profesionistas con 30.4%, seguidas de las que contaban con instrucción de secundaria⁷⁶ (20.9%) y sin instrucción (20 por ciento).

106. A pesar de que los datos no arrojan tendencias claras respecto a la relación nivel de instrucción-participación económica, lo cierto es que un mayor nivel de instrucción posibilita que las personas adultas mayores puedan desempeñarse económicamente bajo mejores condiciones (sector formal, mejores salarios, seguridad social y otras prestaciones, actividades acordes a su condición).

107. Por otro lado, en cuanto a la posición en la ocupación⁷⁷ se observó que 58.3% de las personas adultas mayores era asalariada; 24.2% trabajaba por su cuenta; 6.2% trabajaba a destajo, comisión o porcentaje; sólo 4.1% era patrón(a); mientras que 7.2% trabajaba sin recibir pago.

108. Al analizar este ámbito teniendo como referencia el sexo, se encontró lo siguiente: 1) cerca de 11% de las mujeres trabajaba sin recibir pago, mientras que sólo 5.1% de los hombres se encontraba en esta condición, es decir, por cada dos mujeres que no recibían pago por su trabajo había un hombre; y 2) la porción de patrones hombres de 60 años o más (5.4%) estaba cerca de triplicar la porción de mujeres (1.8%) que se encontraban en la misma situación.⁷⁸

109. El trabajo doméstico es otro ámbito donde se encontraron diferencias sustanciales de acuerdo con el sexo, pues las mujeres de 60 años o más dedicaban en promedio 20 horas más a la semana que los hombres al desempeño de, entre otras, las siguientes actividades: cuidado de niños(as) y personas adultas mayores, limpieza de la vivienda, lavado y planchado de ropa, y preparación de alimentos.

110. Por otro lado, en torno al nivel de ingresos extradomésticos, un análisis del INEG arrojó que las personas adultas mayores eran quienes en promedio tienen menor ingreso por hora con respecto al grueso de la población, pues mientras el ingreso medio por hora del total de los mayores de 14 años es de 26.5 pesos, para el grupo de las personas adultas mayores era de sólo 22.1 pesos.

111. En este sentido, el mismo análisis refiere que el nivel de instrucción hace que esta relación se revierta, de modo tal que, las personas adultas mayores con estudios a nivel preparatoria y profesional ganaban 10 y 20 pesos más por hora, respectivamente, que las personas de 30 a 44 años que tenían la misma escolaridad.

⁷⁵ Incluye de 1° a 5° grados de primaria aprobados. *Ídem.*

⁷⁶ Incluye algún grado aprobado en los niveles de secundaria y carrera técnica o comercial, teniendo como antecedente la primaria terminada. *Ídem.*

⁷⁷ De acuerdo con la relación que hay entre los medios de producción, la población económicamente activa se clasifica en patrones; trabajadores por su cuenta; trabajadores a destajo, comisión o porcentaje; trabajadores asalariados, y trabajadores sin pago. *Ibid.*, p. 26.

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 22-26.

112. No obstante lo anterior, es importante advertir que, son las personas adultas mayores con menor nivel de instrucción quienes percibían los ingresos más bajos. Con salarios de 12 pesos por hora y jornadas laborales de 37 horas a la semana, aspiraban a ganar 1 765 pesos al mes.⁷⁹

b) SALUD Y BIENESTAR

113. Respecto al acceso a la salud de la población adulta mayor, su perfil de mortalidad y su índice de discapacidad cabe destacar lo siguiente:

- *Seguridad social.* En 2005, 4 632 376 personas adultas mayores contaban con seguridad social, es decir poco más del 55 por ciento.
- *Esperanza de vida.* Mientras en 2000 la esperanza de vida para las personas adultas mayores era de 21.48 años en general, 20.51 años en el caso de los hombres y 22.36 para las mujeres; en 2010 sufrirá un incremento para ubicarse en 22.39 años en general, 21.29 para los hombres y 23.38 para las mujeres. Una década después las personas de 60 años o más tendrán una esperanza de vida de 23.15 años: en el caso de los hombres será de 21.95 y para las mujeres de 24.24 años. El incremento será paulatino hasta que las personas adultas mayores de 2050 tengan una esperanza de vida de 24.5 años, para los hombres será de 23.15 años y para las mujeres de 25.77 años.
- *Discapacidad.* Para el 2000 se encontró que 10.7% de la población de 60 años y más reportó tener algún tipo de discapacidad. Respecto de la población total que padecía alguna discapacidad (8.1 millones), las personas adultas mayores representaron 41.5%; de este número, 47.2% eran hombres y 52.8% mujeres.

Las personas de 60 años o más padecían primordialmente discapacidades de tipo motriz (55.1%), seguidas de las visuales y auditivas. Entre los hombres, la discapacidad más recurrente era la motriz (51.8%), seguida por la visual (29.8%) y auditiva (24.5%). En cuanto a las mujeres, cabe señalar que se mantiene la misma tendencia pero con proporciones más altas debido, en gran parte, a su mayor longevidad.

Las causas que originaron la discapacidad en los adultos mayores varones fueron: edad avanzada (42.5%), enfermedades (32.9%) y accidentes (17.2%); mientras que en las mujeres se concentraron principalmente en dos: edad avanzada (49.1%) y enfermedades (33.7 por ciento).⁸⁰

- *Perfiles de mortalidad.* Las enfermedades que fueron ubicadas como principal causa de muerte entre las personas adultas mayores son: padecimientos del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares. En conjunto, estas enfermedades representaron la causa de 59.4% de los fallecimientos.

Por otro lado, para 2002 la población de 60 años y más concentró 16.1% del total de los egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud del país, lo que se traduce en 685 mil 252 casos de personas enfermas.⁸¹

c) ENTORNOS SOCIALES FAVORABLES

114. Para crear entornos sociales favorables en beneficio de las personas adultas mayores, actualmente México enfrenta las siguientes problemáticas:

⁷⁹ INEG, *Los adultos mayores en México...*, op. cit., p. 24.

⁸⁰ INEG, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad...*, op. cit., pp. 5-6.

⁸¹ *Ibid.*, pp. 4-5.

- *Violencia intrafamiliar.* La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, refiere que 32.2% de las mujeres de 55 años y más con pareja residente en el hogar, registró al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses por parte de su pareja —con respecto a otros grupos de edad la proporción era menor—, teniendo como principales tipos de violencia la emocional (28.8%), la económica (17.9%), la física (4.4%) y la sexual (5.3 por ciento).
- *Discriminación.* Según datos arrojados por la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación realizada por el Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación (Conapred) y la Secretaría de Desarrollo Social en 2005, las personas adultas mayores eran percibidas como el grupo más desprotegido en el país. La percepción respecto a la falta de protección de las personas adultas mayores era abismal en comparación con la de otros grupos: mientras cerca de 40% identificaba a este grupo como el más desprotegido, sólo 15.6% refería que se encontraban en esta posición los indígenas, 14.5% las personas con discapacidad, 10.8% las personas enfermas de sida, 9% los niños y 4% las madres solteras.

La cifra resulta preocupante, la percepción respecto de la desprotección de las personas adultas mayores superaba por más del doble la de cualquier otro grupo.

En el mismo sentido se les ubicó como el grupo que más sufre por su condición (36%) y el que más dificultades enfrenta para conseguir empleo (48.2 por ciento).

La misma encuesta identificó a las personas adultas mayores como el principal grupo generador de conflictos. A la pregunta expresa de “¿Ha tenido, alguna vez, problemas con alguien porque...?” se dieron las siguientes respuestas: 16.4% por tener ideas políticas diferentes, 15.5% por tener diferente religión, 14.6% por tener diferente nivel económico, 11.8% por tener nivel de estudios distinto, 5.3% por tener alguna de las dos una ocupación de menor nivel, 4.5% por que alguna de las dos sea persona adulta mayor, 4.1% por que alguna de las dos sea persona con orientación sexual diversa, 3.5% por que alguna de las dos sea extranjera, 2.4% por que alguna de las dos sea persona indígena y 2% por que alguna de las dos sea persona con discapacidad.

Por otro lado, el sondeo revela que poco más de 88% de las personas adultas mayores se consideraban discriminadas por su condición. La percepción que tenían respecto de sí mismas como grupo discriminado se encontraba por debajo de la que alcanzan mujeres, personas homosexuales (94.7%), personas con discapacidad (94.4%), madres solteras (94.2%) personas indígenas (90.8%); sin embargo, el porcentaje no deja de ser preocupante.

Lo anterior se refuerza con los siguientes datos: tres de cada cuatro personas adultas mayores consideraban que tenían pocas o nulas posibilidades de mejorar sus condiciones de vida, 40% se sentían rechazadas por la sociedad, poco más de la mitad referían tener menos libertad que el resto de los miembros de su familia, 40% consideraban que no se les habían respetado sus derechos en México y poco más de 90% consideraban tener menos posibilidades para conseguir un trabajo.

Por otro lado, le encuesta recogió que los mayores sufrimientos de las personas adultas mayores eran pobreza (30.2%), falta de trabajo (25.8%), abandono de familiares (16.1%), discriminación (10.6%), enfermedades (4.7%), violencia familiar (4.15), no tener alojamiento seguro (3.8%), problemas de los(as) hijos(as) (2.9%) y no valerse por sí mismas (1.4 por ciento).

La encuesta refirió el trabajo (7.7%), los hospitales (6.5%), la escuela (5.95%) y la familia (5.95%) como los espacios donde más habían sido discriminadas las personas adultas mayores.

Ahora bien, en el seno familiar, la discriminación tuvo las siguientes manifestaciones: no les permiten participar en conversaciones (21.2%), dejarles tareas de la casa (17.6%), darles menos libertad que al resto de la familia (17.2%) y obligarlas a trabajar (7.5 por ciento).

Lo más alarmante de la discriminación que padecían las personas adultas mayores en su familia era que cerca de 41% de éstas consideraban que era justo que su familia las discriminara. Esto evidencia la falta de una valoración positiva respecto de sí mismas.

Por último, el sondeo refirió que la mayoría de las personas adultas mayores (dos de cada tres) consideraban que la discriminación en México no había disminuido en los últimos cinco años.

2. Conclusiones

115. Por último, a manera de conclusión, cabe puntualizar los principales retos que enfrenta México —de acuerdo con el doctor Rodolfo Huirán— para dar cauce a las problemáticas derivadas del envejecimiento poblacional y, de esta manera, posibilitar que las personas adultas mayores gocen y ejerzan plenamente sus derechos:

- *Cultura.* Promover a través de las políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores una “profunda revolución cultural que permita erradicar valores peyorativos hacia la vejez; impedir que la *muerte social* anteceda a la *muerte biológica*; fortalecer la solidaridad intergeneracional; impulsar la revaloración social de las personas adultas mayores, y estimular su plena inserción en la vida familiar, social y comunitaria”.
- *Salud.* Definir una política de salud que incluya: 1) atención a un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por los padecimientos crónico-degenerativos, y las enfermedades del corazón y el sistema circulatorio; 2) atención de los problemas de discapacidad de las personas adultas mayores que, de seguir incrementándose la expectativa de vida, se acrecentarán y serán cada vez de mayor intensidad;⁸² y 3) promoción de la salud y la atención preventiva, partiendo del hecho de que la “prevención de una vejez *achacosa* deberá emprenderse a edades tempranas, lo que, con seguridad, entrañará cambios radicales en la dieta y los estilos de vida de la población mexicana”.
- *Seguridad económica.* Procurar la seguridad económica de la población adulta mayor requerirá un esfuerzo singular. La estrategia a seguir deberá buscar, al menos: garantizar que las personas adultas mayores cuenten con la protección de una pensión al retiro de su trabajo, por un lado; y ofrecer oportunidades de empleo formal que tomen en consideración las particularidades de las personas adultas mayores, por el otro.

Será primordial garantizar que las personas adultas mayores no se vean obligadas a seguir laborando —en tanto sus capacidades y fuerzas se los permitan— para poder subsistir; en otras palabras, lo idóneo es que la decisión de permanecer o insertarse al campo laboral sea ajena a presiones de tipo económico.

De igual forma, resulta imprescindible ofrecer oportunidades de empleo para la población adulta mayor que así lo desee, considerando que el “elemento integrador por excelencia en la sociedad moderna es el trabajo, [pues de éste] emanan el prestigio social, los ingresos

⁸² “Al respecto, se estima que el número de personas con algún rasgo de deterioro funcional en la vejez crecerá de 2 millones en 2000 a 7.3 millones en 2030 y a 15.1 millones en 2050”. Rodolfo Huirán, *et al.*, “Desafíos del envejecimiento demográfico en México” en *Los derechos de las personas de la tercera edad*, México, CDHDF, 2003, p. 23.

económicos, el nivel de vida, buena parte de las relaciones sociales y de los grupos de pertenencia y otros referentes básicos para la vida y la identidad de las personas”.

En este sentido, cabe advertir que, mientras no sea subsanado el déficit que existe en materia de seguridad social, la falta de oportunidades de empleo para este sector de la población, entre otras cosas, redundará inevitablemente en el detrimento de su calidad de vida.

Por último, es importante señalar que para garantizar la seguridad económica de la población adulta mayor también se cuenta con diferentes mecanismos de redistribución en la sociedad –“contribuciones suministradas por el Estado, recursos provenientes de sus hogares, y redes sociales y familiares de apoyo, de sus ahorros e inversiones acumuladas o bien de la [ayuda] pública”– que no son excluyentes entre sí, por lo que su combinación representa una opción temporal para atender esta necesidad. No obstante, se debe insistir en el hecho de que esta modalidad de atención no ataca el problema de fondo, en otras palabras, sólo es un paliativo que permite: *a)* tener *un periodo de gracia* para echar a andar una estrategia integral de atención y *b)* proteger a la población adulta mayor que se encuentra en riesgo de inseguridad económica para evitar el deterioro de su calidad de vida y la vulneración de sus derechos humanos.

- *Seguridad social.* Realizar las reformas legislativas, reestructuraciones y cambios institucionales necesarios para: asegurar la viabilidad y equilibrio de los regímenes de pensiones y jubilaciones en situación de crisis, garantizar la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social y ofrecer pensiones suficientes que permitan una vida digna y con calidad a la población adulta mayor.
- *Hogares y redes familiares de apoyo.* Diseñar mecanismos y estrategias de atención para los hogares multigeneracionales que padecen pobreza. Esto, considerando que las y los integrantes de las próximas generaciones estarán obligados a hacer frente a dos tipos de dependientes, sus hijos, por un lado; y sus padres, por el otro. En el caso de los segundos, la situación se agravará por dos causas: 1) la disminución en los índices de fecundidad provocará que las próximas generaciones cuenten con un menor número de hermanos para brindar apoyo y atención a sus padres, y 2) el tiempo de dependencia de los padres se prolongará debido al incremento en la expectativa de vida.⁸³

116. Como se ve, el camino es largo y con obstáculos de diverso tipo. Para empezar, encarar estos retos requiere comprensión y un sólido compromiso político y social, pues se deberán modificar dinámicas e inercias institucionales, así como acciones y comportamientos sociales, tal como sucede con la prevalencia de la concepción negativa de la vejez.

117. Por otro lado, la relativa heterogeneidad del mapa demográfico del país orilla a la necesidad de crear políticas públicas específicas para atender las dinámicas de envejecimiento local. Las estrategias a seguir deberán partir de una identificación seria de los problemas relacionados con el envejecimiento, tomando en consideración, además de las iniciativas mundiales que en torno a esta temática se han promovido, las particularidades relativas al tamaño de la localidad y de su población, los usos y costumbres de algunas comunidades, el IDH y su expresión en los diferentes ámbitos, las ramas de actividad económica predominantes, etcétera.

⁸³ *Ibid.*, pp. 22-26.

D. Envejecimiento demográfico en el Distrito Federal

118. A nivel local la dinámica del envejecimiento se vive de la siguiente forma: de acuerdo con los datos arrojados por el II Censo de Población y Vivienda 2005, en la ciudad de México viven 8 720 916 personas (8.4% del total de la población nacional), de las cuales 859 438 que representan 9.85% son adultas mayores. Al igual que a nivel nacional, en el ámbito local, dentro de la población adulta mayor predominan las mujeres (498 986) al representar poco más de 58%, mientras que los hombres (360 452) alcanzan cerca de 42 por ciento.⁸⁴

119. Como se puede observar, la participación porcentual de las personas adultas mayores (9.85%) respecto del total de la población capitalina supera el nivel de participación que tiene este sector a escala nacional (8%). Esto evidencia el hecho de que el Distrito Federal muestra un proceso de mayor dinamismo en la transición demográfica.

120. Es importante señalar que existen diferencias sustanciales en el número de personas adultas mayores según la delegación política. Como se puede observar en el siguiente cuadro, Gustavo A. Madero e Iztapalapa son las demarcaciones que cuentan con un número mayor de personas adultas mayores, mientras que Milpa Alta y Cuajimalpa de Morelos se encuentran en el polo opuesto:

Cuadro 1.13 Distribución de la población adulta mayor de 65 años o más por delegación, 2005

Delegación	Total	65 y más años
Distrito Federal	8 720 916	596 210
Azcapotzalco	425 298	35 440
Coyoacán	628 063	50 077
Cuajimalpa de Morelos	173 625	7 522
Gustavo A. Madero	1 193 161	92 829
Iztacalco	395 025	32 357
Iztapalapa	1 820 888	90 738
La Magdalena Contreras	228 927	13 504
Milpa Alta	115 895	5 509
Álvaro Obregón	706 567	45 009
Tláhuac	344 106	14 373
Tlalpan	607 545	33 720
Xochimilco	404 458	20 133
Benito Juárez	355 017	39 451
Cuauhtémoc	521 348	44 715
Miguel Hidalgo	353 534	32 680
Venustiano Carranza	447 459	38 153

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda, INEG, 2005. La información por delegación política se considera a partir de los 65 años debido a que de esta forma lo especificó el INEG.

121. Por otro lado, también resulta crucial advertir que la mayoría de la población adulta mayor se encuentra entre los grupos quinquenales de edad que van de los 60 a los 74 años, como se muestra en el cuadro 1.14.

Cuadro 1.14 Distribución de la población adulta mayor en el Distrito Federal por grupos de edad, 2005

Grupos de edad (en años)	Total	Hombres	Mujeres
60-64	263 228	117 398	145 830
65-69	192 699	83 931	108 768

⁸⁴ Conapo, *Envejecimiento de la población en México, op. cit.*, p. 28.

Cuadro 1.14 Distribución de la población adulta mayor en el Distrito Federal por grupos de edad, 2005 (*continuación*)

Grupos de edad (en años)	Total	Hombres	Mujeres
70-74	164 150	67 932	96 218
75-79	110 512	44 280	66 232
80-84	72 725	27 752	44 973
85-89	35 912	12 752	23 160
90-94	14 084	4 564	9 520
95-99	5 176	1 589	3 587
100 y más	952	254	698
Total	859 438	360 452	498 986

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de población y Vivienda, INEG, 2005. Cabe señalar que estas cifras no incluyen a 261 857 personas –130 728 hombres y 131 129 mujeres– que no especificaron su edad.

122. Conocer la distribución de la población adulta mayor tanto por zona como por grupo de edad es importante, pues de ello depende la óptima identificación de sus necesidades.

123. El envejecimiento de la población del Distrito Federal seguirá su curso; de hacerse realidad las estimaciones y proyecciones del Conapo, en 2010 11.53% de la población capitalina será adulta mayor, para 2020 pertenecerán a este grupo poblacional 16.04% de las y los habitantes de esta ciudad y en 2030 21.31%.⁸⁵

1. Situación de las personas adultas mayores en el Distrito Federal

124. Por lo que hace al perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, índices demográficos del Conapo⁸⁶ –realizados con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEG–, datos del Censo de Población y Vivienda 2005, sondeos de tipo sociodemográfico e información proporcionada por diversas autoridades del Distrito Federal revelan lo siguiente:

- *Distribución por sexo y edad.* Como se ha referido anteriormente, entre las personas adultas mayores predominan las mujeres. De acuerdo con cálculos del Conapo, esta situación no sufrirá fuertes cambios en los próximos años: el predominio de las mujeres entre la población adulta mayor registrará un leve descenso, sin embargo, éste será paulatino, por lo que no representará un cambio radical. Se espera que para 2010 haya 78 hombres por cada 100 mujeres adultas mayores; en 2015 la relación habrá disminuido a 77.57 hombres por cada 100 mujeres, para 2020 a 76.87 por cada 100; en 2025 el índice se ubicará en 76.04 hombres adultos mayores por cada 100 mujeres, y finalmente se alcanzará una relación de 75 hombres de 60 años o más por cada 100 mujeres de este grupo etario para 2030.

Otro rasgo que distingue a este grupo es el predominio de las personas más jóvenes (60-64 años), que representan 31.5% del total, seguidas de las más longevas (75 años o más) que equivalen 27.12%; mientras que el tercer y cuarto lugar de participación porcentual lo ocupan las personas de 65 a 69 y 70-74, respectivamente.

- *Arreglos de residencia.* En el 2000, una cuarta parte de los hogares de esta ciudad tenía como integrante a por lo menos una persona adulta mayor. Cabe señalar que 20% de los hogares capitalinos se encontraba en nivel de reemplazo, lo que significa que la persona identificada como jefe o jefa del hogar tenía 60 años o más.

⁸⁵ Conapo, *Índices demográficos para adultos mayores*, México, diciembre de 2002, en <<http://www.conapo.gob.mx/micros/anciano/adultmay.xls>>.

⁸⁶ *Ibid.*

Por otro lado, 5% de los hogares del Distrito Federal estaban habitados únicamente por personas adultas mayores y de éstas 71% contaba con vivienda propia (poco más de 67%, en el caso de los hombres, y 73% de las mujeres adultas mayores gozaban de ese beneficio).

De acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Salud capitalina respecto de las condiciones de vivienda de las personas adultas mayores, para 2002, la delegación con un mayor porcentaje de vivienda en malas condiciones era Cuajimalpa (17.9%), seguida por Milpa Alta (15.1%), Tlalpan (14.9%), Tláhuac (13.65), Xochimilco (12.9%), Álvaro Obregón (11.3%), Iztapalapa (10.8%) y Miguel Hidalgo (10.5 por ciento).

La Secretaría de Salud tomó en consideración los siguientes indicadores para valorar las condiciones: deterioro o goteras en el techo, entrada de corrientes de aire a través de las paredes, piso de tierra, grava o arena, sin drenaje o fosa séptica, sin agua entubada dentro de la casa o el patio y sin luz eléctrica y gas.

- *Estado civil*: Respecto al estado civil de las personas adultas mayores hay diferencias significativas por sexo, al igual que en otros ámbitos. Para el 2000, mientras 69% de los hombres adultos mayores capitalinos era casado y cerca de 6% vivía en unión libre, es decir, 75% contaba con una pareja, sólo 37% de las mujeres se encontraba en esta situación –35% eran casadas y 2% vivían en unión libre–. En otras palabras, 63% de las mujeres adultas mayores no contaban con pareja, de éstas cerca de 44% eran viudas, cerca de 10% solteras, 6% separadas y 3% divorciadas.
- *Nivel educativo*. Aunque el Distrito Federal cuenta con la tasa más baja de analfabetismo (11%) respecto a este sector de la población, lo cierto es que la mayoría de las personas adultas mayores tienen un nivel educativo bajo. En 2000 sólo cerca de 17% de las personas adultas mayores contaba con un nivel educativo igual o mayor a educación media superior, únicamente 13% contaba con secundaria terminada, aproximadamente 28% había terminado la educación primaria, 25% tenía la primaria incompleta y cerca de 15% no contaba con instrucción.

De acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Educación del Distrito Federal, para abatir el rezago en esta área en 2007 arrancaron los Programas de Inclusión Educativa: conjunto de estrategias y proyectos dirigidos a la población adulta mayor analfabeta y a aquella que no tiene ningún tipo de instrucción, con la finalidad de promover la alfabetización, la postalfabetización y la educación básica entre este grupo poblacional.

Estos programas buscan contrarrestar el fenómeno de exclusión generado alrededor de las instituciones de educación en contra de las personas adultas mayores.

- *Dependencia*. En 2000, el índice de dependencia de personas adultas mayores era de 13.37 por cada 100.⁸⁷ Esto quiere decir que por cada 100 personas entre las edades de 15 a 59 años existían 13 mayores de 60 años. De acuerdo con las estimaciones del Conapo en 2007 el índice se ubicaba en 15.89, para 2020 será de 25.01 y en 2030 de 35.24. Lo anterior se agudiza si consideramos que a este índice de dependencia se debe sumar el correspondiente a las personas en edad más joven (0 a 14 años), pues esto nos da como resultado un índice de dependencia total actual de 51.03, que para 2020 se incrementará a 55.93 y en 2030 será de 65.33.⁸⁸ En otras palabras, en poco más de dos décadas, por cada 100 personas independientes habrá 65 dependientes.

⁸⁷ El índice de dependencia de personas adultas mayores es resultado del total de la población de 60 años o más dividida entre la población de 15 a 59 años.

⁸⁸ El índice de dependencia total es resultado de dividir la suma de la población menor de 15 años y mayor de 60 entre la población de 15 a 59 años.

- *Lengua indígena.* De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2005, para ese año, entre la población adulta mayor capitalina, sólo había 191 personas adultas mayores que hablaban alguna lengua indígena.

125. Respecto a los rubros de atención prioritaria en torno a la población adulta mayor, se cuenta con la siguiente información:

a) SEGURIDAD ECONÓMICA

126. De acuerdo con estimaciones del Conapo para 2000 sólo 54.8% de la población adulta mayor del Distrito Federal era beneficiada por algún tipo de transferencia monetaria: 34.38% contaban con jubilación o pensión, 11.67% recibía remesas de México y 1.68% de otro país, 4.80% contaba con ingresos por concepto de rentas o intereses y 0.27% eran beneficiadas por el programa Procampo. Es decir, poco más de 45% de la población adulta mayor no contaba con algún tipo de transferencia que le brindara seguridad económica y le permitiera retirarse de la actividad económica. No obstante lo anterior, sólo 27.38% de la población adulta mayor era económicamente activa para ese año.⁸⁹

127. De las condiciones de trabajo de la población adulta mayor cabe destacar lo siguiente: 37% se desempeñaba en ocupaciones formales y cerca de 63% en ocupaciones informales. En otras palabras, sólo 4 de cada 10 personas adultas mayores económicamente activas estaba en posibilidad de acceder a las prestaciones laborales que establece la ley.

128. Entre los hombres, el nivel de ocupación económica alcanzaba 45%, mientras que para las mujeres era de apenas 14.88%, es decir, no alcanzaba a representar la mitad del correspondiente a los hombres.

129. Por lo que hace a la ocupación formal e informal, también se encontraron diferencias sustanciales por sexo. Los hombres tenían un índice de participación en el sector formal considerablemente superior (41.85%) al de las mujeres (28.04%); en contraste, la participación de las mujeres en el sector informal era mayor (71.96%) que la de los hombres (58.5 por ciento).

130. Con esta perspectiva, la situación de vulnerabilidad que enfrentan las adultas mayores en términos de seguridad económica es mayor que la de sus pares. Éstas no sólo padecen las desventajas relativas a su condición de adultas mayores, sino que enfrentan una vulnerabilidad mayor por su condición de género. La situación es delicada pues casi 8 de cada 10 mujeres adultas mayores económicamente activas no contaba con las prestaciones sociales de ley.

131. Otra variable que permite dar cuenta de las desventajas que sufren las mujeres en este ámbito es la distribución de las personas adultas mayores por situación en el trabajo: cerca de 8% de los hombres adultos mayores que trabajaban eran patrones, sólo 3.95% de las mujeres gozaba de esta condición, es decir, poco menos de la mitad, y mientras 3.58% de las mujeres adultas mayores que trabajaban no recibían pago, sólo 1.42% de los hombres adultos mayores padecía esta situación.

⁸⁹ Cabe señalar que las cifras anteriores no incluyen los montos relativos a transferencias familiares que, en algunos de los casos, representan un apoyo significativo para la seguridad económica de las personas adultas mayores.

132. A nivel salarial, las diferencias no dejan lugar a dudas respecto de la desventaja que enfrentan las mujeres, tal como se muestra en el cuadro 1.15.

Cuadro 1.15 Distribución de las personas adultas mayores según ingreso por trabajo en salarios mínimos, por sexo, 2000

	Hasta 50% de un salario mínimo	Más de 50% hasta menos de un salario mínimo
Mujeres	3.23	10.76
Hombres	14.69	19.72

Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones del Conapo.

133. Mientras sólo cerca de 14% de los hombres adultos mayores que trabajaban recibían como ingreso menos de un salario mínimo, poco más de 34% de las mujeres adultas mayores recibía este tipo de retribución por su trabajo.

134. Aun cuando las mujeres enfrentan una condición mayor de vulnerabilidad en el ámbito laboral, lo cierto es que un porcentaje elevado de las personas adultas mayores de ambos sexos no cuenta con seguridad económica para acceder a un nivel adecuado de vida.

135. Tal como ocurre a escala nacional, la participación económica local no garantiza a las personas adultas mayores cubrir sus necesidades básicas, considerando que 4% no recibe salario por el trabajo que desempeña, cerca de 7% recibe hasta la mitad de un salario mínimo como pago, poco más de 13% recibe más de la mitad y hasta menos de un salario mínimo y 32% percibe de uno a dos salarios mínimos. Es decir, cerca de 60% de las personas adultas mayores que trabajan recibe ingresos insuficientes.

136. Con la finalidad de combatir la problemática de la inseguridad económica entre la población adulta mayor, el Gobierno del Distrito Federal creó el programa de pensión alimentaria. A partir de noviembre de 2003, por ley, las y los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal tienen derecho a recibir una pensión diaria, no menor a la mitad del salario mínimo vigente en la entidad.

137. De acuerdo con cifras proporcionadas por el Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en julio de 2007 la pensión favorecía a 407 828 personas de 70 años o más, y según proyecciones de la Secretaría de Desarrollo Social se esperaba que a finales de ese año el beneficio se extendiera a 420 000 personas adultas mayores, lo que implicaría lograr una cobertura de 97% de las personas de este grupo de edad.⁹⁰

Cuadro 1.16 Beneficiarios de la pensión alimentaria para personas adultas mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, julio de 2007

Delegación	Número de personas adultas mayores beneficiarias
Azcapotzalco	25 031
Álvaro Obregón	29 404
Benito Juárez	26 734
Cuauhtémoc	31 777
Cuajimalpa de Morelos	4 424
Coyoacán	34 581

⁹⁰ Cabe aclarar que las cifras proporcionadas por diferentes dependencias del Distrito Federal respecto a la población adulta mayor pueden no coincidir con los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2005, debido a que éstas corresponden a datos recogidos después del levantamiento de dicho censo.

Cuadro 1.16 Beneficiarios de la pensión alimentaria para personas adultas mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, julio de 2007 (*continuación*)

Delegación	Número de personas adultas mayores beneficiarias
Gustavo A. Madero	66 577
Iztacalco	23 348
Iztapalapa	61 499
Miguel Hidalgo	19 033
La Magdalena Contreras	9 272
Milpa Alta	3 810
Tláhuac	9 258
Tlalpan	22 029
Xochimilco	13 853
Venustiano Carranza	27 198
Total	407 828

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

138. Si bien es cierto que la pensión no ataca el problema de fondo y debe ser vista como una medida provisional en tanto se aplican políticas públicas orientadas a garantizar la seguridad económica de las personas adultas mayores, también lo es que ha sido una herramienta útil en beneficio de este grupo poblacional.

139. Según datos proporcionados por la Secretaría de Salud capitalina, obtenidos en el marco de la aplicación en 2002 de la Cédula de Identificación de Riesgo de Salud a 251 924 personas adultas mayores de 70 años beneficiarias de la pensión universal, 78.9% de las personas entrevistadas se encontraba en riesgo económico, cerca de 50% no recibía otra pensión además de la otorgada por el gobierno capitalino y poco más de 41% refirió tener necesidad de trabajar.

140. Lo anterior ventila que la pensión universal es un paliativo importante para reducir el impacto de la falta de seguridad económica entre las personas adultas mayores.

b) SALUD Y BIENESTAR

141. Respecto a la seguridad social de las personas adultas mayores y otros índices relacionados con su condición de salud, se cuenta con la siguiente información:

- *Seguridad social.* De acuerdo con los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2005 para ese año poco más de 73% de las personas adultas mayores (629 394) que vivían en el Distrito Federal contaban con seguridad social.⁹¹ De éstas, 58% eran mujeres (366 254) y 49% hombres (263 140).

Aun cuando el índice de personas adultas mayores sin acceso a la seguridad social no es considerablemente elevado, lo cierto es que 3 de cada 10 personas adultas mayores no cuentan con servicios de salud.

A la falta de servicios de salud se suma la ausencia de servicios médicos especializados en este sector poblacional. Actualmente no existe en el Distrito Federal un hospital con especialidad geriátrica y/o gerontológica, sólo se cuenta con: 1) la Dirección de Atención Médica

⁹¹ Las personas eran beneficiarias del IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, Seguro Popular, instituciones de asistencia privada y otras instituciones.

de la Secretaría de Salud que tiene un equipo asesor en atención geriátrica integrado por cuatro médicos en esta especialidad y una algóloga, 2) una geriatra interconsultante en el Hospital Belisario Domínguez, y 3) un módulo de atención geriátrica en el Hospital San Juan de Aragón.

Para reducir la falta de acceso de este grupo a servicios de salud, en los últimos años, el Gobierno del Distrito Federal ha desplegado las siguientes acciones:

En primer lugar, las personas adultas mayores que no están incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral tienen por ley derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal.

En segundo término, a partir de julio de 2005 se instauró el Programa de Visitas Médicas Domiciliarias al Adulto Mayor de 70 años, en el cual se realizaba una valoración geriátrica integral, con la finalidad de elaborar un diagnóstico médico, sindromático, social, psicológico y funcional para definir un plan de intervención individualizado. Dicho plan priorizaba la atención de las personas adultas mayores que presentaban pérdida de funcionalidad y autonomía, para ser atendidas en visitas subsecuentes periódicas.

Desde su puesta en marcha hasta la fecha en que fue suspendido (agosto de 2007), este programa benefició aproximadamente a 163 736 personas adultas mayores, de acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Cabe señalar que este programa benefició tanto a personas con seguridad social como a aquellas que no contaban con este beneficio.

Respecto a las evaluaciones realizadas en torno a estos programas y sus resultados, la Secretaría de Salud capitalina no brindó información, únicamente puntualizó el número de beneficiarias en el segundo caso.

- *Deterioro cognitivo.* De acuerdo con datos arrojados por la Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe), para 2001, 8% de las personas entrevistadas de 60 años a 74 en la ciudad de México presentaba deterioro cognitivo; este índice se incrementaba considerablemente para las personas entrevistadas de 75 años o más, pues se ubicaba en 20 por ciento.

El deterioro cognitivo de acuerdo con el sexo guardaba diferencias sustanciales: entre las mujeres entrevistas alcanzó 12%, mientras que entre los hombres se ubicó apenas en 7 por ciento.

- *Percepción del estado de salud.* El mismo sondeo ventiló que 77% y 66% de las mujeres y los hombres entrevistados, respectivamente, consideraban estar en malas condiciones de salud. Es decir, cerca de 8 mujeres y 7 hombres de cada 10 se percibían en malas condiciones de salud.

Lo anterior coincide con datos proporcionados por la Secretaría de Salud obtenidos en el marco de la aplicación de la Cédula de Identificación de Riesgo de Salud en 2002, según los cuales: 79% de las personas adultas mayores reportó por lo menos una enfermedad; 50% de la población adulta mayor se encontraba en riesgo de deterioro funcional, en este sentido las mujeres refirieron mayor afectación (82%); y 80.5% de las personas adultas mayores presentaba algún síntoma depresivo (33.5% en el caso de los hombres y 48.1% en el caso de las mujeres).

- *Discapacidad:* De acuerdo con estimaciones del Conapo para 2000, 10.44% de las personas adultas que vivían en esta ciudad tenían algún tipo de discapacidad, es decir, 1 de cada 10 tenía alguna condición física o mental que no le permitía desarrollar sus actividades cotidianas.

El índice de discapacidad guarda relación directa con la edad, mientras en las personas de 60 a 64 años era de 5.66%, entre las del grupo de 65 a 69 años alcanzaba el 7.69% y para las más adultas (70 años o más) se ubicaba en 15.32%.

Respecto del sexo también hay diferencias, los hombres enfrentan mayores niveles de discapacidad que las mujeres, tal como se muestra en el cuadro I.17.

Cuadro I.17 Porcentaje de personas adultas mayores que padecen alguna discapacidad, por sexo, grupos de edad y sexo, 2000

	60 años o más	60 a 64 años	65 a 69 años	70 años o más
Hombres	12.07	7.05	9.11	17.90
Mujeres	9.71	4.96	7.02	14.26

Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones del Conapo.

- *Esperanza de vida.* De acuerdo con estimaciones del Conapo en 2000 la esperanza de vida de las personas adultas mayores que habitaban el Distrito Federal era de 21.35 años; para 2010 será de 22.29 años, en 2020 alcanzará los 23.05 años y, diez años después, se ubicará en 23.59 años. La esperanza de vida también guarda diferencias por sexo, como se muestra en el cuadro I.18.

Cuadro I.18 Esperanza de vida a los 60 años de edad por sexo, 2000

	2000	2010	2020	2030
Hombres	20.36	21.16	21.79	22.25
Mujeres	22.20	23.50	24.08	24.68

Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones del Conapo.

c) ENTORNOS SOCIALES FAVORABLES

142. Respecto a los principales retos que se enfrentan para ofrecer a las personas adultas mayores en el Distrito Federal entornos sociales favorables se cuenta con la información siguiente:

- *Maltrato de personas adultas mayores.* Según datos arrojados por la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF) realizada por el Gobierno del Distrito Federal en colaboración con el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM a lo largo de los últimos 12 meses (anteriores a los meses de abril, mayo y junio de 2006, en los cuales se aplicó la entrevista) 16.2% de las personas adultas mayores capitalinas entrevistadas había padecido al menos un incidente de maltrato.⁹²

Este índice tiene variaciones conforme avanza la edad, así como de acuerdo con el sexo:

Cuadro I.19 Porcentaje de personas adultas mayores con al menos un incidente de maltrato en los últimos 12 meses por grupo de edad y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
60-64	18.3	12.7	16.1
65-69	15.3	15.2	15.3
70-74	14.3	9.8	12.8
75-79	13.3	9.5	12.0
80-84	28.9	16.7	23.0
85-89	36.8	6.7	23.5
90 o más	40.0	25.0	35.7
Total	18.4	12.6	16.2

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF).

⁹² La encuesta se aplicó a 380 personas adultas mayores de las 16 delegaciones.

Así como en otros rubros, la mujer adulta mayor padece de forma más grave maltrato, pues tal como se muestra en el cuadro 1.19, mientras 18.4% de las entrevistadas refirió haber sufrido un incidente en el último año, sólo 12.6% de los hombres contestó en este sentido.

Por otro lado, respecto al tipo de maltrato que padecen las personas adultas mayores se encontró la información mostrada en el cuadro 1.20.

Cuadro 1.20 Tipos de maltrato que padecen las personas adultas mayores, 2006

Tipo de maltrato	Mujeres			Hombres			Total de incidencias			Porcentaje de mujeres con respecto al total de incidencias		Porcentaje de hombres con respecto al total de incidencias		Porcentaje total con respecto al total de incidencias	
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Psicológico	90	509	599	35	349	384	125	858	983	15	85	9	91	13	87
Económico	29	56	598	9	375	384	38	944	982	5	95	2	98	4	96
Físico	22	577	599	14	369	383	36	946	982	4	96	4	96	4	96
Negligencia y abandono	24	572	596	10	370	380	34	942	976	4	96	3	97	3.5	96.5
Abuso sexual	8	588	596	1	382	383	9	970	979	1	99	0.3	99.7	0.9	99.1
Negligencia institucional ^a	58	322	380	36	202	238	94	524	618	15	85	15	85	15	85

^a IMSS, ISSSTE, etcétera.

143. En relación con esta problemática, cabe rescatar información proporcionada por la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (DGIDS) del Distrito Federal, según la cual durante el primer semestre de 2007 se atendieron en diferentes instituciones del Distrito Federal 443 casos de violencia y/o maltrato en contra de personas adultas mayores, de los cuales 372 fueron en agravio de mujeres, es decir 84%, y 71, que representan 16% en agravio de hombres.

144. De acuerdo con la institución que atendió el caso y el sexo de la persona adulta mayor afectada, la distribución fue como se observa en el cuadro 1.21.

Cuadro 1.21 Casos atendidos por institución de acuerdo con el sexo

Instituciones	Mujeres	Hombres	Total	%
Locatel	42	4	46	10
DGIDS ^a	193	29	222	50
Instituto de las Mujeres del Distrito Federal ^b	67	0	67	15
DIF-DF	70	38	108	25
Total	372	71	443	100

^a Unidad de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar (UAPVIF).

^b Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres).

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la DGIDS.

145. Respecto a la distribución por edad se encontró que el grupo de edad más afectado por violencia y/o maltrato correspondía al de las personas adultas mayores de 60 a 64 años como se muestra en el cuadro 1.22.

Cuadro 1.22 Casos atendidos por institución de acuerdo con el grupo de edad

Grupo etario	Locatel	DGIDS (UAPVIF)	Inmujeres	DIF-DF	Total	%
60 a 64	26	95	24	4	149	34
65 a 69	9	56	23	7	95	21
70 a 74	5	31	10	24	70	16

Cuadro 1.22 Casos atendidos por institución de acuerdo con el grupo de edad (*continuación*)

Grupo etario	Locatel	DGIDS (UAPVIF)	Inmujeres	DIF-DF	Total	%
75 a 79	6	17	2	20	45	10
80 o más	0	23	8	53	84	19
Total	46	222	67	108	443	100

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la DGIDS.

146. Por lo que hace a la demanda de atención por demarcación política se encontró que Iztapalapa, Azcapotzalco y Álvaro Obregón obtuvieron los índices más altos, mientras que La Magdalena Contreras, Milpa Alta y Cuajimalpa de Morelos se ubicaron en el extremo contrario, tal como se muestra en el cuadro 1.23.

Cuadro 1.23 Demanda de atención por demarcación en el Distrito Federal y la zona conurbada

Demarcación	Locatel	DGIDS (UAPVIF)	Inmujeres	DIF-DF	Total	%
Álvaro Obregón	1	21	10	9	41	9.2
Azcapotzalco	4	29	3	8	44	10
Benito Juárez	4	7	0	4	15	3.4
Coyoacán	4	11	12	11	38	8.6
Cuajimalpa de Morelos	0	10	0	0	10	2.2
Cuauhtémoc	2	9	4	6	21	4.7
Gustavo A. Madero	2	23	1	14	40	9
Iztacalco	2	9	1	4	16	3.6
Iztapalapa	7	20	9	19	55	12.4
La Magdalena Contreras	0	5	0	1	6	1.3
Miguel Hidalgo	4	15	1	10	30	6.8
Milpa Alta	1	3	1	2	7	1.6
Tláhuac	2	11	6	2	21	4.7
Tlalpan	4	12	7	5	28	6.3
Venustiano Carranza	1	7	3	12	23	5.2
Xochimilco	1	20	4	1	26	6
Estado de México	7	10	5	0	22	5
Total	46	222	67	108	443	100

147. Respecto a las cifras proporcionadas por la DGIDS, cabe advertir que sólo ofrecen un acercamiento al tema; sin embargo, no son reflejo fiel de la problemática, puesto que no todas las dependencias que atienden personas adultas mayores con problemas de violencia y/o maltrato proporcionaron los datos correspondientes.

- *Acceso a la justicia.* Por lo que hace a la atención proporcionada por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal a personas adultas mayores en su calidad de víctimas del delito dicha instancia proporcionó la información siguiente:

Durante el periodo 2004-2007 la Procuraduría capitalina:

Atendió a un total de 1 913 personas adultas mayores; de éstas 612 (32%) fueron atendidas con averiguación previa⁹³ y 1 301 (68%) sin ella.

A través de sus diferentes centros brindó a este grupo poblacional la atención que se muestra en el cuadro 1.24.

⁹³ De las estadísticas proporcionadas se desprende que en 2004 se cometieron 748 delitos en agravio de personas adultas mayores; esta cifra aumentó a 1 332 y 1 725 en 2005 y 2006; por su parte, de enero a julio de 2007 se habían reportado 1 150 casos. Al respecto, las mayores incidencias delictivas se observaron en 2004, en los delitos de lesiones culposas (239 casos) homicidio culposo (123 casos) y robo a transeúnte (107 casos); mientras que en el 2005, 2006 y los primeros siete meses de 2007, los delitos primordialmente cometidos en su agravio fueron lesiones culposas (288, 431 y 294 casos, respectivamente), robo sin violencia a automóvil (246, 358 y 182 casos, respectivamente) y robo a transeúnte (176, 252 y 157 casos, respectivamente).

Cuadro 1.24 Atención brindada a personas adultas mayores durante 2004-2007

Centro	Número de personas adultas mayores atendidas	Porcentaje con respecto al total de atención brindada por el centro
Atención a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)	876	6.4%
Atención a la Violencia Familiar (CAVI)	No proporcionan datos	1.6%
Atención a Riesgos Victimales y Adicciones (CARIVA)	1 913	21.8%
Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento (Adevi)	3 624	8.7%
Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)	45	0.20%

Al respecto, cabe señalar que el CARIVA es el centro, dentro del Sistema de Atención a Víctimas de la PGJDF, al que corresponde la atención a personas adultas mayores, a través de sus acciones de apoyos psicológico, jurídico y médico. Respecto al tipo de atención brindada por esta área, la Procuraduría capitalina refirió la información que se expone en el cuadro 1.25.

Cuadro 1.25 Tipo de atención otorgada por número de personas adultas mayores y porcentaje

Tipo de atención	Número de personas atendidas 2004	%	Número de personas atendidas 2005	%	Número de personas atendidas 2006 ^a	%	Número de personas atendidas 2007	%
Psicológica y legal	35	22.3	344	74.45	323	44.36	293	51.8
Psicológica	62	38.2	78	16.88	149	20.47	106	18.7
Legal	60	39.5	40	8.65	256	35.16	167	29.5
Total	157	100	462	100	728	100	566	100

^a A partir de 2006 también se proporcionó atención médica; de modo tal que para ese año 50% de las víctimas de este grupo fueron atendidas por dicha área, mientras que en 2007, el porcentaje alcanzó ciento por ciento.

- Por otro lado, la Procuraduría capitalina informó que durante dicho periodo, el Fondo de Atención y Apoyo a Víctimas del Delito benefició a 101 personas adultas mayores.

2. Situación de las personas adultas mayores en el ámbito delegacional

148. En aras de conocer la existencia y, en su caso, incidencia en beneficio de las personas adultas mayores, de las acciones, programas y políticas públicas implementadas a nivel delegacional, la CDHDF solicitó la rendición de diversos informes.

149. Respecto de dichas acciones, programas y políticas públicas, se cuestionó a las autoridades administrativas si existía algún método de evaluación y, de ser así, qué resultados habían arrojado las últimas evaluaciones llevadas a cabo. En este sentido, las delegaciones informaron lo que aparece en el cuadro 1.26.

Cuadro 1.26 Programas y/o acciones en beneficio de las personas adultas mayores por delegación y métodos de evaluación

Delegación	Programas y/o acciones de desarrollo comunitario	Programas y/o acciones de asistencia	Programas y/o acciones de salud	Programas y/o acciones de cultura	Programas y/o acciones de deporte y recreación	Cuentan con método de evaluación	Cuentan con los resultados arrojados por la evaluación (por sexo)
Álvaro Obregón	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)
Azcapotzalco	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí ^b
Benito Juárez	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b
Coyoacán	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b
Cuajimalpa de Morelos	No	Sí	No	No	No	No	No
Cuauhtémoc	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)

Cuadro 1.26 Programas y/o acciones en beneficio de las personas adultas mayores por delegación y métodos de evaluación (continuación)

Delegación	Programas y/o acciones de desarrollo comunitario	Programas y/o acciones de asistencia	Programas y/o acciones de salud	Programas y/o acciones de cultura	Programas y/o acciones de deporte y recreación	Cuentan con método de evaluación	Cuentan con los resultados arrojados por la evaluación (por sexo)
Gustavo A. Madero	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)
Iztacalco	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Iztapalapa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)
La Magdalena Contreras	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Miguel Hidalgo	Sí	No	No	No	No	No	No
Milpa Alta	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)
Tláhuac	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Tlalpan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^a	Sí ^b (no por sexo)
Venustiano Carranza	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí ^b (no por sexo)
Xochimilco	No	No	No	Sí	Sí	No	No

^a Sólo respecto de algunas actividades.^b Sólo respecto al número de beneficiarios(as).

150. Por otro lado, se preguntó si las direcciones administrativas –en el ámbito de su competencia– que integran las delegaciones, tomaban en consideración las necesidades especiales de este grupo para el diseño, elaboración y aplicación de políticas públicas. En el cuadro 1.27 se da cuenta de los resultados obtenidos.

Cuadro 1.27 Consideración de las necesidades especiales de las personas adultas mayores para la elaboración y aplicación de políticas públicas a nivel delegacional

Delegación	Se toman en consideración las necesidades especiales de este grupo	Se buscó beneficiar a través de éstas a las personas de un sexo en particular	Servicios y/u obras en que se refleja la consideración de las necesidades de este grupo	Servicios y/u obras implementados para beneficiar a las personas de un sexo en particular
Álvaro Obregón	No informa	No informa	No informa	No
Azcapotzalco	No informa	No informa	Sí	No informa
Benito Juárez	No informa	No informa	No informa	No informa
Coyoacán	No informa	No informa	No informa	No informa
Cuajimalpa de Morelos	No informa	No informa	No informa	No informa
Cuauhtémoc	No informa	No informa	Sí	No
Gustavo A. Madero	No informa	No informa	No informa	No informa
Iztacalco	No informa	No informa	No	No informa
Iztapalapa	No informa	No informa	Sí	No
La Magdalena Contreras	No informa	No informa	No informa	No informa
Miguel Hidalgo	No informa	No informa	Sí	No informa
Milpa Alta	No informa	No informa	Sí	Sí
Tláhuac	No informa	No informa	No informa	No informa
Tlalpan	No informa	No informa	Sí	No
Venustiano Carranza	No informa	No informa	No informa	No informa
Xochimilco	No informa	No informa	No informa	No informa

151. Aunado a lo anterior, se solicitó información a las delegaciones respecto de los programas y/o acciones que realizaban –en coordinación con el gobierno federal, las dependencias del gobierno local,

la iniciativa privada y la sociedad civil— en materia de educación y capacitación en beneficio de las personas adultas mayores. Al respecto, refirieron lo siguiente:

Cuadro 1.28 Programas y/o acciones en beneficio de las personas adultas mayores en materia de educación y capacitación por delegación

Delegación	Cuentan con tales programas y/o acciones	Cuentan con los resultados obtenidos (por sexo)
Álvaro Obregón	Sí	No informa
Azcapotzalco	Sí	No informa
Benito Juárez	Sí	No informa
Coyoacán	Sí	No
Cuajimalpa de Morelos	No informa	No informa
Cuauhtémoc	Sí	No informa
Gustavo A. Madero	No	No
Iztacalco	Sí	No
Iztapalapa	Sí	No
La Magdalena Contreras	Sí	Sí (no por sexo)
Miguel Hidalgo	No informa	No informa
Milpa Alta	No informa	No informa
Tláhuac	Sí	No informa
Tlalpan	Sí	No informa
Venustiano Carranza	Sí	Sí (no por sexo)
Xochimilco	No informa	No informa

3. Conclusiones

152. Si bien es cierto que la situación de las personas adultas mayores que habitan esta ciudad dista de ser la idónea, también lo es que las autoridades del gobierno capitalino han desplegado una serie de acciones en aras de garantizar y respetar sus derechos, así como para mejorar sus condiciones de vida.

153. No obstante lo anterior, aún se enfrentan fuertes retos en las tres áreas de atención prioritarias: seguridad económica, salud y bienestar, y creación de entornos favorables.

154. La complejidad de las problemáticas que se enfrentan para satisfacer la demanda social que representa este grupo poblacional, así como el grado de avance de la transición demográfica a nivel local, ventilan la necesidad de realizar un diagnóstico objetivo y detallado de la situación actual.

155. La tarea no será sencilla, primordialmente, por un hecho: la precaria cultura de información de que adolecen tanto las diferentes instancias gubernamentales como las delegaciones administrativas.

156. A lo largo de la investigación llevada a cabo, de forma reiterada, la información solicitada por esta Comisión no fue remitida por las autoridades debido a la dificultad que enfrentaban para recabar los datos solicitados.

157. En la mayoría de los casos, las autoridades del gobierno capitalino ofrecieron de forma breve y general la información solicitada respecto de los programas, acciones y políticas, sin precisar, cuando así les fue requerido, sus objetivos, periodos de implementación e impacto en la población.

158. En el caso de las delegaciones, la situación es más grave aún, pues la falta de datos en relación con la atención que se otorga a este sector atiende al hecho de que no existen políticas públicas que persigan este fin.

159. En la inmensa mayoría de los casos, las delegaciones ofrecieron información sobre acciones aisladas en diferentes rubros que no se circunscriben a un plan, programa y/o proyecto de atención.

160. El artículo 117 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal concede a las delegaciones competencia dentro de sus respectivas jurisdicciones en las siguientes materias: gobierno, administración, asuntos jurídicos, obras, servicios, actividades sociales, protección civil, seguridad pública, promoción económica, cultural y deportiva.

161. En otras palabras, las autoridades administrativas de las demarcaciones tienen facultades para decidir si la gestión pública en dichas materias impactará o no a determinado grupo poblacional. Según lo informado, las necesidades de las personas adultas mayores no son consideradas por las diferentes direcciones administrativas para el diseño, elaboración y aplicación de las políticas públicas.

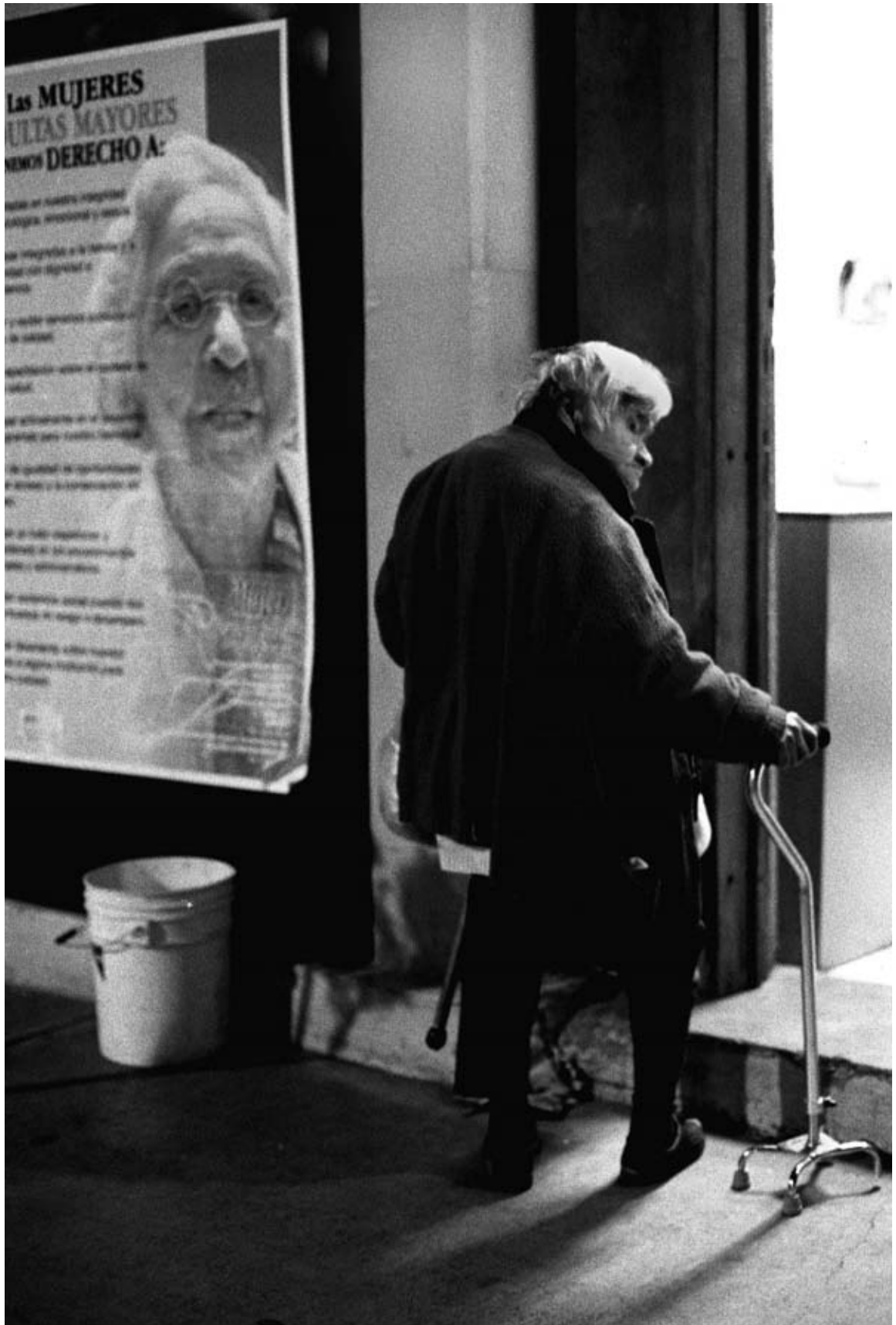
162. En el ámbito delegacional no se puede hablar de planificación estratégica. Esto, con base en la clásica desagregación piramidal, en la cual la política (o estrategia) se hace realidad a través de planes sustentados en programas, que a la vez son desagregados en proyectos.

163. De hecho no existe el primer eslabón de la cadena. De contar con proyectos habría métodos de evaluación para valorar su impacto y efectividad, lamentablemente no es así.

164. Por último, cabe advertir que el gobierno capitalino debe actuar de inmediato para enfrentar los retos y aprovechar las oportunidades que entraña el envejecimiento poblacional; de lo contrario, su capacidad de respuesta se verá mermada y, quedará reducida a un conjunto de acciones que no tendrán la posibilidad de atacar el fondo del asunto.

165. De la óptima respuesta en términos de gestión pública depende que el pleno respeto, goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores que habitan esta ciudad sea una realidad.

II. Marco jurídico



A. Sistema internacional de protección de las personas adultas mayores

166. La preocupación internacional en torno al fenómeno del envejecimiento de la población es reciente. La transición demográfica fue sin lugar a dudas el motor que impulsó dicha inquietud.

167. La transformación de la pirámide poblacional trajo consigo dos advertencias: por un lado, el beneficio que arroja el bono demográfico, al hacer posible gradualmente una relación más favorable entre la población en edades laborales y la población en edades dependientes; y por el otro, el reto que implica atender la nueva demanda social que representan las personas adultas mayores.

168. Lo anterior, aunado a la creciente sensibilización respecto de los derechos humanos y a la insoslayable necesidad de incidir en el problema de inequidad que aqueja a la sociedad, propició el reconocimiento del envejecimiento como un problema social en el mundo, y con ello, el inicio de una serie de acciones en favor de este sector de la población.

1. Instrumentos declarativos

a) PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

169. Como respuesta al contexto descrito anteriormente, en 1977 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) abordó de forma directa el estudio de la problemática de las personas de edad al reconocer que era necesario organizar una asamblea mundial para atender el tema.⁹⁴ El 14 de diciembre de 1978 en su resolución 33/52, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió que en 1982 se convocaría una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tendría como principal fin ser el foro “para iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países”.⁹⁵

170. Tres años después, en su Resolución 35/129 del 11 de diciembre de 1980, la Asamblea General amplió las expectativas respecto a la Asamblea Mundial, manifestando que como resultado de la misma se buscaba que las sociedades reaccionaran “más plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad”.⁹⁶

171. Finalmente en 1982 en Viena, Austria, se llevó a cabo la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en la cual se consideró que las personas de edad eran aquéllas de 60 años o más.

172. Es importante señalar que el término de “personas de edad” utilizado en el marco de esta Asamblea fue remplazado en 1984 por la expresión “adulto mayor”, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para hacer referencia a las personas de 60 años o más y de este modo evitar el uso de vocablos –considerados peyorativos– como “viejo” y “anciano”, entre otros.⁹⁷

⁹⁴ Aunque es a partir de este año que la ONU aborda de manera directa la problemática de las personas adultas mayores, cabe señalar que había estudiado las cuestiones relativas a este sector de la población desde 1948, cuando la Asamblea General aprobó la Resolución 213 (III), relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez.

⁹⁵ Cfr. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982, Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, prólogo, párr. 1.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud, de conformidad con un estándar técnico aplicado que toma en consideración la esperanza de vida de la población en la región, así como las condiciones en las que se manifiesta el envejecimiento, considera *personas*

173. La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento representó avances significativos tanto respecto de la óptica utilizada para asimilar la problemática del envejecimiento, como en torno a la promoción y observancia de los derechos de las personas adultas mayores.

174. De los principios de la Asamblea se desprenden las consideraciones siguientes que dan cuenta del avance referido:

- *Se asimila la participación de las personas de edad como factor indispensable del desarrollo y sujetos beneficiados del mismo.* En este sentido refiere: “el desarrollo es mejorar el bienestar de toda la población sobre la base de su plena participación en el proceso de desarrollo y de una distribución equitativa de los beneficios de él derivados”, aclarando que éste “debe realzar la dignidad humana y crear igualdad entre los distintos grupos de edad para compartir los recursos, derechos y obligaciones de la sociedad” y puntualizando el hecho de que “todas las personas, independientemente de su edad, sexo o creencias, deben contribuir según sus capacidades y recibir ayuda según sus necesidades”.⁹⁸
- *Se advierte la necesidad de consolidar un equilibrio generacional.* Al respecto, apunta “las personas de cualquier edad deben participar en la creación de un equilibrio entre elementos tradicionales e innovadores en el logro de un desarrollo armonioso”, por lo que “un importante objetivo del desarrollo social y económico es el logro de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad, en la que se haya eliminado la discriminación y la segregación por motivos de edad y se aliente la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones”.⁹⁹
- *Se reconoce el derecho que las personas de edad tienen a incidir en el rumbo de la gestión pública.* En relación con lo anterior, señala que “las personas de edad deberán participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas, incluidas las que les afectan especialmente”.¹⁰⁰
- *Se promueve una imagen positiva de las personas de edad y por ende, de la inversión dirigida a satisfacer sus necesidades.* En este sentido, considera “el envejecimiento [como] un proceso que dura toda la vida”, así como “símbolo de experiencia y sabiduría, [que] puede servir también para que el ser humano se acerque más a su realización personal, de acuerdo con sus creencias y aspiraciones”, por lo que “la preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole”. Finalmente, advierte que “los gastos relacionados con el envejecimiento deberán considerarse como una inversión duradera”.¹⁰¹
- *Se reconoce a las personas de edad como grupo vulnerable.* Esto, al advertir que “los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y todos los interesados tienen una responsabilidad especial hacia los senescentes más vulnerables, en particular las personas pobres, muchas de las cuales son mujeres, y las procedentes de zonas rurales”.¹⁰²

adultas mayores a aquellas que tienen 60 años de edad o más. Al respecto, resulta interesante el hecho de que la denominación de este grupo se haya fijado por un órgano especializado en materia de salud y no de derechos humanos.

⁹⁸ *Ibid.*, “Principios”, párr. 25, inciso a.

⁹⁹ *Ibid.*, incisos d) y h). Es importante destacar que el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento advirtió que las acciones y políticas públicas derivadas de las directrices debían definirse en función de las prioridades y posibilidades de cada país o comunidad, respetando en todo momento los valores, tradiciones y prácticas de cada nación o comunidad étnica.

¹⁰⁰ *Ibid.*, inciso l).

¹⁰¹ *Ibid.*, incisos i), k) y e).

¹⁰² *Ibid.*, inciso m).

175. Por otro lado, la Asamblea sirvió para dar cuenta de que en ese momento, la preocupación respecto al envejecimiento de la población giraba principalmente en torno a dos vertientes: 1) la necesidad de promover en el ámbito internacional la reflexión y comprensión de las consecuencias que entrañaba; y 2) estimular la formulación de programas de acción para activar un proceso de respuesta a estas consecuencias.

176. En torno a éstas, se definieron objetivos específicos. Para alcanzarlos, se aprobó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, que estableció directrices para que la comunidad internacional, los gobiernos, las diferentes instituciones que inciden en la vida pública y la sociedad en su conjunto hicieran frente a los retos y oportunidades que representa el envejecimiento progresivo de las sociedades.

177. Las líneas de acción del Plan estuvieron dirigidas al fomento al empleo, la salud y la nutrición, la seguridad económica, la vivienda y la educación, materias que resulta indispensable atender para garantizar el bienestar social de las personas adultas mayores.

178. Cabe señalar que en este Plan de Acción se reafirmaron, entre otras consideraciones, aquéllas que emanan de los principios y objetivos de la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos (Resolución 217 A (III) de la Asamblea General), los Pactos Internacionales de Derechos Humanos (Resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General) y la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (Resolución 2542 (xxIV) de la Asamblea General).

179. La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y su Plan de Acción lograron incluir en la opinión pública internacional las cuestiones relacionadas con el envejecimiento individual y de la población; en especial, respecto de la situación imperante en los países desarrollados desde el punto de vista del bienestar social.

b) PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD

180. El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 1982 significó un gran paso, pues representó el primer impulso en la labor de investigación y formulación de propuestas de acción para atender la problemática del envejecimiento de la población mundial.

181. No obstante, la ONU —que avanzaba en la enunciación de documentos en defensa de los derechos humanos de determinados grupos—¹⁰³ no retomó de inmediato la problemática de las personas mayores. Fue una entidad privada sin fines lucrativos, la Federación Internacional de la Vejez (FIV), con la colaboración de organizaciones que representaban o trabajaban en apoyo a las personas de edad avanzada, la que retomó el tema y aprovechó la cercanía del décimo aniversario de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento para redactar la Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad.

182. Este esfuerzo se vio consolidado el 16 de diciembre de 1991, cuando en su Resolución 46/91 la Asamblea General adoptó los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, basados en gran medida en la Declaración de la FIV.

¹⁰³ Ejemplos de ello son la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptadas por la Asamblea General de la ONU en 1989 y 1993, respectivamente.

183. Reconociendo las aportaciones que las personas adultas mayores hacen a sus sociedades, la ONU alentó a los gobiernos a introducir los siguientes principios en sus programas nacionales:

- *Independencia*
 1. 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.
 2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
 3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
 4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
 5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
 6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.
- *Participación*
 7. 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.
 8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
 9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
- *Cuidados*
 10. 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.
 11. Las personas de edad deberán 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 a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
 12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
 13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
 14. Las personas de edad deberán 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.

- *Autorrealización*
 15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
 16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- *Dignidad*
 17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
 18. Las personas de edad deberán 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.

c) PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

184. Con ocasión del décimo aniversario de la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a una conferencia internacional sobre el envejecimiento en octubre de 1992. En el marco de esta conferencia se aprobó la Proclamación sobre el Envejecimiento y se decidió observar el año 1999 como Año internacional de las personas de edad, “en reconocimiento de la llegada de la humanidad a su madurez demográfica y de la promesa que ello encierra de que maduren las actitudes y las capacidades en la esfera social, económica, cultural y espiritual, en particular para el logro de la paz mundial y el desarrollo en el [siglo XXI]”.¹⁰⁴

185. Tras la celebración del Año internacional de las personas de edad en 1999, convocado bajo el lema “Una sociedad para todas las edades”, y reconociendo el éxito que representó, la Asamblea General de la ONU resolvió mantener el impulso propiciado por el evento y tomó nota de la oferta del gobierno de España de acoger una segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, por lo que decidió lanzar la convocatoria.¹⁰⁵

186. De este modo, en abril de 2002 –en coincidencia con el vigésimo aniversario de la celebración de la Primera Asamblea–, se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid. Esta tuvo como objetivo realizar un examen general de los resultados de la Primera Asamblea y aprobar un plan de acción y una estrategia a largo plazo para dar respuesta a la problemática del envejecimiento.¹⁰⁶

187. En el marco de la Segunda Asamblea se emitieron la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. El artículo 1º de la Declaración Política –documento que contiene los principales compromisos contraídos por los gobiernos para ejecutar el nuevo Plan de Acción– establece que los gobiernos reunidos se comprometen a “adoptar medidas a todos los

¹⁰⁴ Cf. A/RES/47/05, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Proclamación sobre el envejecimiento, 16 de octubre de 1992.

¹⁰⁵ Cf. A/RES/54/24, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Seguimiento del Año internacional de las personas de edad: una sociedad para todas las edades, 2 de febrero de 2000.

¹⁰⁶ “La Segunda Asamblea Mundial constituyó un verdadero foro mundial sobre el envejecimiento, como indican el gran número y la variedad de asistentes. Participaron representantes de gobiernos de 159 países [incluido México], entre ellos cuatro jefes de Estado y de gobierno y un vicepresidente. Cuarenta y ocho delegaciones gubernamentales estuvieron encabezadas por ministros. Entre los representantes de las entidades del sistema de las Naciones Unidas se contaron los directores generales de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, los directores ejecutivos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones

niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios”.

188. De la Declaración Política se pueden sustraer los siguientes avances en torno al reconocimiento y protección de los derechos de las personas adultas mayores:

- El compromiso a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad.
- El reconocimiento del derecho de las personas adultas mayores a disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades.
- El compromiso de realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia.
- El reconocimiento de que las expectativas de las personas adultas mayores y las necesidades económicas de la sociedad exigen que aquéllas puedan participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades.
- El reconocimiento al derecho de las personas adultas mayores de gozar de la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación.
- El reconocimiento de que la habilitación de las personas de edad y la promoción de su plena participación son elementos imprescindibles para un envejecimiento activo, por lo que es necesario ofrecer sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social a las personas de edad.
- El compromiso de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad.
- El compromiso de proporcionar a las personas de edad acceso universal y en condiciones de igualdad a la atención médica y los servicios de salud, reconociendo que las necesidades de esta población se han ido incrementado, por lo que es preciso adoptar nuevas políticas, en particular en materia de atención y tratamiento, promover medios de vida saludables y entornos propicios.

189. Según se desprende de lo anterior, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento partió de las tres direcciones o líneas de acción señaladas para atender la problemática del

Unidas para la Infancia, el secretario general de la Organización Mundial del Turismo y representantes de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Banco Mundial, el Organismo Internacional de Energía Atómica, Hábitat, los Voluntarios de las Naciones Unidas, la Comisión Económica para Europa, la Comisión Económica y Social para Asia Occidental, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, que contribuyeron a la labor de la Asamblea. También recibieron acreditaciones para asistir a la Asamblea unos 700 representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales, así como representantes del sector privado. Además de la propia Asamblea, tuvieron lugar actos conexos y paralelos en Madrid y Valencia. El Foro de Valencia, celebrado del 1 al 4 de abril, reunió a investigadores y profesionales de la gerontología, la geriatría y la atención a las personas de edad, incluso del sector privado. En el Foro se aprobó el Programa de Investigación sobre el Envejecimiento para el Siglo XXI con el propósito de que facilite la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002. Entre los actos paralelos cabe señalar las mesas redondas de alto nivel (Diálogos 2020: el futuro del envejecimiento), organizadas por el gobierno de España y numerosos simposios, seminarios y debates. El Foro de ONG sobre el Envejecimiento, que se celebró del 5 al 9 de abril, reunió a representantes de más de un millar de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. *Cfr. A/RES/57/93, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 24 de junio de 2002, párrs. 7 y 8.*

envejecimiento: 1) las personas de edad y el desarrollo –advierte la necesidad que tienen las sociedades de armonizar sus políticas públicas e instituciones para propiciar que la creciente población de edad sea una fuerza productiva que incentive el desarrollo–; 2) el fomento de la salud y el bienestar durante la vejez –hace hincapié en la necesidad de contar con políticas públicas orientadas hacia una cultura que promueva la buena salud desde la infancia y a lo largo de toda la vida para conseguir una vejez en óptimo estado de salud–; y 3) creación de un entorno propicio y favorable –alienta un envejecimiento seguro a través de políticas dirigidas a la familia y a la comunidad–.¹⁰⁷

190. Al respecto, se definieron una amplia gama de medidas complementarias –las cuales como tal requerirían de una aplicación conjunta– que los Estados debían traducir en políticas y programas que, por un lado, satisfagan las necesidades y expectativas de las personas adultas mayores; y por el otro, atiendan los desafíos y oportunidades que se desprenden del envejecimiento de la población. A continuación se da cuenta de las medidas más relevantes de cada línea de acción.

➤ Personas de edad y desarrollo

191. Se concensuaron medidas para:

- Avanzar hacia el fortalecimiento de la solidaridad generacional, promoviendo y fortaleciendo la solidaridad entre las generaciones y el apoyo mutuo como elemento clave del desarrollo social; así como elaborando iniciativas dirigidas a promover un intercambio productivo y mutuo entre las generaciones, concentrado en las personas de edad como un recurso de la sociedad.
- Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la vida social y el desarrollo:
 - a) Asegurando el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales; particularmente en la lucha contra todas las formas de discriminación.
 - b) Ofreciendo oportunidades, programas y apoyo para alentar a las personas de edad a participar o seguir participando en la vida cultural, económica, política y social y en el aprendizaje a lo largo de toda la vida.
 - c) Incorporando las necesidades de las personas adultas mayores y las cuestiones que les preocupan a los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles.
- Que las personas adultas mayores tuvieran acceso al conocimiento, la educación y la capacitación, aplicando políticas que permitieran un mejoramiento en sus niveles de alfabetización; acceso equitativo a la educación básica y permanente; acceso a la capacitación y el readiestramiento de los trabajadores de edad; alentarlos a seguir utilizando los conocimientos y las técnicas adquiridos después de la jubilación, y la creación, dentro de los programas educativos, de oportunidades para el intercambio de conocimientos y experiencias entre las generaciones.
- Atender el problema derivado del envejecimiento de la fuerza de trabajo:
 - a) Haciendo que el crecimiento del empleo ocupe un lugar central en las políticas macroeconómicas.
 - b) Permitiendo que las personas de edad continúen trabajando mientras deseen trabajar y puedan hacerlo.

¹⁰⁷ *Ibid.*, párr. 5.

- c) Eliminando los obstáculos por razones de edad en el mercado de trabajo estructurado –fomentando la contratación de personas de edad e impidiendo que los trabajadores que van envejeciendo comiencen a experimentar desventajas en materia de empleo–.
- d) Promoviendo un nuevo enfoque de la jubilación; y eliminando los desincentivos para trabajar después de la edad de jubilación.
- Garantizar la seguridad de los ingresos, protección social, seguridad social y prevención de la pobreza para este sector de la población, elaborando y aplicando políticas encaminadas a asegurar que todas las personas dispongan de una protección económica y social suficiente en la vejez –garantizando la igualdad entre los géneros–; y organizando sistemas de protección social/seguridad social que garanticen unos ingresos mínimos a las personas de edad que carezcan de otros medios de subsistencia, la mayoría de las cuales son mujeres, en particular a las personas que viven solas, que en general son más vulnerables a la pobreza.
- Erradicar la pobreza entre las personas adultas mayores, reduciendo la proporción de personas que viven en la pobreza extrema; incluyéndolas en las políticas y programas encaminados a alcanzar el objetivo de reducción de la pobreza; y afianzando la cooperación internacional en apoyo a las iniciativas nacionales encaminadas a erradicar la pobreza.

➤ Fomento de la salud y el bienestar en la vejez

192. Se concensuaron medidas para:

- Alcanzar la reducción de los efectos acumulativos de los factores que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades y, por consiguiente, la posible dependencia en la vejez:
 - a) Concediendo prioridad a las políticas de erradicación de la pobreza a fin de, entre otras cosas, mejorar el estado de salud de las personas adultas mayores.
 - b) Estableciendo objetivos, en particular en función del sexo, para mejorar el estado de salud de las personas adultas mayores y reducir las discapacidades y la mortalidad.
 - c) Adoptando formas de intervención temprana para impedir o posponer la aparición de enfermedades y discapacidades.
 - d) Prestando atención a los peligros resultantes del aislamiento social y las enfermedades mentales; reduciendo los riesgos que plantean para la salud de las personas de edad –apoyando a los grupos de habilitación comunitaria y asistencia mutua–; y facilitando la participación activa de las personas de edad en actividades voluntarias.
 - e) Promoviendo la igualdad de acceso de las personas de edad al agua potable y a los alimentos aptos para el consumo.
 - f) Educando a las personas adultas mayores y al público en general, incluidas las personas que prestan cuidados de manera no profesional, sobre las necesidades nutricionales especiales de tales personas, incluso en lo relativo a la ingesta suficiente de agua, calorías, proteínas, vitaminas y minerales.
 - g) Asegurando que en los hospitales y otros centros de asistencia se proporcione a las personas de edad una nutrición y alimentos accesibles de forma adecuada y suficiente.
- Garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud:
 - a) Adoptando medidas para velar por la distribución en condiciones de igualdad a los recursos para la atención de la salud y la rehabilitación, incluido el acceso a los medicamentos esenciales y otras medidas terapéuticas a precios asequibles; en particular, en los casos de pobreza.

- b) Promoviendo el establecimiento y la coordinación de una gama completa de servicios de atención continua, incluidos los de prevención y promoción, atención primaria, cuidados intensivos, rehabilitación, atención de enfermedades crónicas y atención paliativa.
- Satisfacer las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad, formulando y aplicando estrategias destinadas a mejorar la prevención, la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades mentales en la vejez; creando servicios y establecimientos que ofrezcan seguridad y tratamiento y que promuevan la dignidad personal para atender las necesidades de este grupo; y prestando servicios de salud mental a las personas de edad que residen en establecimientos de atención a largo plazo.
- Atender a las personas de edad con discapacidad, a través de la formulación de políticas, legislación, planes y programas para tratar y prevenir la discapacidad –en que se tenga en cuenta el sexo y la edad, así como los factores sanitarios, ambientales y sociales–; y la creación normas y entornos propicios para las personas adultas mayores con el fin de contribuir a impedir la aparición o el empeoramiento de la discapacidad.

➤ Creación de un entorno propicio y favorable

193. Se concensuaron medidas para:

- Ofrecer asistencia y servicios continuados, de diversas fuentes, a las personas de edad:
 - a) Tomando medidas para proporcionar asistencia comunitaria y apoyo a la atención familiar.
 - b) Mejorando la calidad de la asistencia y el acceso a la asistencia comunitaria a largo plazo que se presta a las personas adultas mayores que viven solas, a fin de prolongar su capacidad para vivir con independencia como posible alternativa a la hospitalización y al ingreso en residencias de ancianos.
 - c) Apoyando a los encargados de prestar asistencia, impartiendo capacitación, suministrándoles información y utilizando mecanismos psicológicos, económicos, sociales y legislativos.
 - d) Estableciendo y aplicando normas y mecanismos para garantizar la calidad de la asistencia prestada en contextos estructurados.
 - e) Organizando sistemas de apoyo social, a fin de potenciar la capacidad de las familias para cuidar a las personas adultas mayores en el ámbito familiar.
- Atender los problemas de abandono, maltrato y violencia –considerando que pueden adoptar muchas formas, entre ellas, física, psicológica, emocional y financiera– que aquejan a los adultos mayores, promulgando leyes y estableciendo medidas legales para eliminar los abusos contra las personas adultas mayores; promoviendo la cooperación entre el gobierno y la sociedad civil para hacer frente al maltrato de este grupo; reduciendo los riesgos que entrañan para las mujeres de edad todas las formas de abandono, maltrato y violencia –creando en el público mayor conciencia de esos fenómenos, y protegiéndolas de ellos, especialmente en situaciones de emergencia–, y estableciendo servicios para las víctimas de malos tratos y procedimientos de rehabilitación para quienes los cometen.
- Procurar un mayor reconocimiento público de la autoridad, la sabiduría, la productividad y otras contribuciones importantes de las personas adultas mayores, reconociendo las contribuciones pasadas y presentes de éstas; contrarrestando mitos e ideas preconcebidas; promoviendo imágenes en que destaquen la sabiduría, los puntos fuertes, las aportaciones, el valor y la inventiva de las mujeres y los hombres adultos mayores, incluidos aquéllos que presentan alguna discapacidad.

d) ACCIONES POSTERIORES AL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO 194. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y el Plan de Acción emanado de la misma representaron un progreso respecto de sus predecesores, por lo siguiente: 1) aquélla fue un verdadero foro mundial para tratar el tema del envejecimiento gracias a la afuida participación de representantes de países, entidades del sistema de las Naciones Unidas y representantes de organizaciones no gubernamentales; 2) se reconoció el envejecimiento de la población como un problema internacional que requiere de esfuerzos en los diferentes niveles (nacional, regional, internacional); por ello, se diseñó una guía general del proceso de aplicación del Plan de Acción con la perspectiva de una doble dimensión –nacional e internacional–; 3) en el ámbito nacional se definió la problemática como estructural, por lo que se impulsaron líneas de acción que en conjunto representan una estrategia integral de atención; 4) de la Declaración Política y el Plan de Acción se desprende el reconocimiento y defensa de un número mayor de derechos de las personas adultas mayores, y 5) promovieron una serie de iniciativas encaminadas a coordinar la aplicación del Plan a través de un proceso de examen y evaluación.¹⁰⁸

195. Respecto al método de examen, el Plan de Acción indica que será la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social (Ecosoc) de la ONU el órgano encargado del seguimiento y la evaluación de la aplicación del Plan de Acción. Asimismo, establece que serán las comisiones regionales de las Naciones Unidas a quienes corresponda la responsabilidad de traducir el Plan de Acción en planes de acción regionales.¹⁰⁹

196. En relación con lo anterior, en su Resolución 42/1 del 13 de febrero de 2006 la Comisión de Desarrollo Social decidió que examinaría y evaluaría el Plan de Acción de Madrid cada cinco años. Posteriormente, en su Resolución 44/13, de 17 de febrero de 2006, hizo suyos el calendario y el tema global del primer examen y evaluación de la aplicación del Plan de Acción de Madrid: “Hacer frente a los desafíos y las oportunidades del envejecimiento”, y decidió que este primer ciclo mundial comenzaría en 2007, durante su 45º periodo de sesiones, y concluiría en 2008, durante su 46º periodo.

197. En cuanto a los esfuerzos a nivel regional, cabe destacar que entre las iniciativas que surgieron para coordinar la aplicación del Plan de Acción se encuentra la creación (en marzo de 2002) del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento (GIE)¹¹⁰ para la región de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

198. De las acciones que ha llevado a cabo el GIE destaca la organización –en colaboración con la CEPAL y el gobierno de Chile– de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en noviembre de 2003.

¹⁰⁸ Entre ellas, la “Liga de los Estados Árabes creó un Comité de las Personas de Edad para facilitar la convergencia regional de las políticas sobre el envejecimiento mediante la promoción de programas conjuntos y el intercambio de experiencias [...] La Unión Africana, junto con Help Age International, ha estado desempeñando una función importante a la hora de reducir las diferencias y coordinar las iniciativas regionales sobre las cuestiones del envejecimiento”. Cfr. E/CN.5/2004/6, Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, *Modalidades de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, 11 de diciembre de 2003, párr. 20.

¹⁰⁹ Las comisiones regionales son: Comisión Económica para Europa, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico y Comisión Económica y Social para Asia Occidental.

¹¹⁰ El GIE se integró por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, la CEPAL y el Programa sobre el Envejecimiento del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría General de las Naciones Unidas.

199. En el marco de esta conferencia se emitió la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. En el punto II de la estrategia relativo a las personas de edad y el desarrollo, se estableció como meta general la “protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo”. Para alcanzar esta meta se definieron, entre otros, los siguientes objetivos específicos:

- Promover los derechos humanos de las personas mayores (tanto en su incorporación legislativa, como mediante la creación de mecanismos de monitoreo).
- Crear las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa.

2. Instrumentos convencionales

200. A partir de la internacionalización de los derechos humanos las distintas organizaciones universales y regionales han buscado plasmar a nivel convencional las obligaciones de los Estados –en cuanto a los distintos derechos–. Sin embargo, respecto a la protección específica de los derechos propios de las personas adultas mayores como grupo, las precisiones son mínimas. Es de destacarse que no existe –ni a nivel universal ni regional– convención específica alguna para este grupo de población.

201. En cuanto a los instrumentos generales a nivel universal, ni el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ni el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) prevén explícitamente la protección específica de las personas adultas mayores. La única referencia implícita en el PIDESC se encuentra en el artículo 9º, que establece el derecho de toda persona a la seguridad social –con lo que se reconoce el derecho a las prestaciones de vejez–.

202. No obstante, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU –órgano subsidiario del Ecosoc, integrado por expertos en la materia– elaboró una Observación General al respecto: la número 6, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas adultas mayores. En relación con la protección convencional de los derechos de este sector de la población, refiere que:

10. [...] teniendo presente que las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, es evidente que las personas de edad tienen derecho a gozar de todos los derechos reconocidos en el Pacto. [...] Además, en la medida en que el respeto de los derechos de las personas de edad exige la adopción de medidas especiales, el Pacto pide a los Estados Parte que procedan en ese sentido al máximo de sus recursos disponibles [...]
13. Por consiguiente [...] los Estados Parte en el Pacto están obligados a prestar especial atención al fomento y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad [...].

203. En relación con lo anterior, el Comité resalta que su propia función “adquiere más importancia por el hecho de que, a diferencia de otros grupos de población, tales como las mujeres y los niños, no existe todavía [al]guna convención internacional general relacionada con los derechos de las personas de edad y no hay disposiciones obligatorias respecto de los diversos grupos de principios de las Naciones Unidas en esta materia”.

204. Por otra parte, son de destacarse las obligaciones generales de los Estados Parte en el PIDESC, señaladas por ese Comité:

17. [...] los Estados Parte tienen el deber de proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad incluso en momentos de graves escasez de recursos.
18. Los métodos que los Estados Parte utilizan para cumplir las obligaciones contraídas en virtud del Pacto respecto de las personas de edad serán fundamentalmente los mismos que los previstos para el cumplimiento de otras obligaciones [...]. Incluyen la necesidad de determinar, mediante una vigilancia regular, el carácter y el alcance de los problemas existentes dentro de un Estado, la necesidad de adoptar políticas y programas debidamente concebidos para atender las exigencias, la necesidad de legislar en caso necesario y de eliminar toda legislación discriminatoria, así como la necesidad de adoptar las disposiciones presupuestarias que correspondan o, según convenga, solicitar la cooperación internacional.
19. [...] uno de los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad que los gobiernos debían incorporar a sus programas nacionales es que las personas de edad deben estar en situación de crear movimientos o asociaciones de personas de edad.

205. Por lo que hace a los instrumentos generales a nivel regional, si bien la Convención Americana sobre Derechos Humanos no hace referencia alguna a los derechos de las personas adultas mayores, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–,¹¹¹ sí retoma tales derechos en sus artículos 9º y 17, que establecen:

ARTÍCULO 9º

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa [...].

ARTÍCULO 17

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas.
- b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos.
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

206. En otro orden de ideas, atendiendo la delimitación de la presente investigación, se da cuenta de las previsiones convencionales así como de las observaciones que en torno a éstas han realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, respecto del derecho a una vida con calidad, tomando en consideración que éste es el punto de partida de los demás derechos de las personas adultas mayores que se analizarán.

207. Al respecto, además de lo previsto en el artículo 17 del Protocolo de San Salvador aludido, el PIDESC¹¹² indica en sus artículos 11.1 y 12.1 que:

¹¹¹ Ratificado por México el 3 de abril de 1982.

¹¹² Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200 (XXI), el 16 de diciembre de 1996, aprobado por el Senado el 18 de diciembre de 1980, ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo del mismo año.

ARTÍCULO 11.1

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Parte tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho [...].

ARTÍCULO 12.1

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

208. Sobre este particular, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dispuesto que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.¹¹³

209. Asimismo, derivado de que el derecho a la vida con calidad presupone –en sí mismo– la satisfacción de otros derechos específicos –como lo son el derecho a la alimentación, a la salud y a la vivienda–, los mismos también se desarrollarán para contextualizar de una forma general las obligaciones del Estado para con las personas adultas mayores:

- En cuanto al derecho a la alimentación, cabe precisar que éste es el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que garantice una vida física y psíquica, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.¹¹⁴

En este sentido, los Estados tienen el deber de respetar el derecho a la alimentación de sus habitantes, “procurando que toda persona tenga en todo momento y de manera permanente acceso a una alimentación suficiente y adecuada, absteniéndose de adoptar medidas que puedan privar a cualquier persona de este acceso”.¹¹⁵

Cabe advertir que “uno de los principales obstáculos para la realización del derecho a la alimentación es la discriminación social, económica y política” que sufren grupos que se encuentran particularmente en una situación de vulnerabilidad como las personas adultas mayores.¹¹⁶

En relación con lo anterior, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales ha señalado que:

Cuando un individuo o un grupo sea incapaz, por razones que escapen a su control, de disfrutar del derecho a una alimentación adecuada por los medios a su alcance, los Estados tienen la obligación de realizar (hacer efectivo) ese derecho directamente.¹¹⁷

¹¹³ Corte IDH, *Caso Villagrán Morales y otros*, Sentencia de 19 de noviembre 1999, serie C, núm. 63, párr. 142.

¹¹⁴ Cfr. ONU, *Informe del relator especial sobre el derecho a la alimentación*, E/CN.4/2001/53, 7 de febrero de 2001.

¹¹⁵ *Ibid.*, párr., 27.

¹¹⁶ *Ibid.*, pp. 78 y 80.

¹¹⁷ Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm.12, El derecho a una alimentación adecuada, párr. 15.

- En cuanto al derecho a la salud es preciso señalar que éste se encuentra estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, al grado de depender de los mismos —en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad—, pues éstos abordan componentes integrales del derecho a la salud.¹¹⁸

En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha interpretado que:

El derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12 [del PIDESC], como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada y una vivienda adecuada.¹¹⁹

Asimismo, determinó que el derecho a la salud tiene como características ser *disponible* —lo que implica la existencia de personal médico y profesional capacitado—, *accesible*, *aceptable* —ya que los establecimientos y servicios de salud deberán estar concebidos para mejorar el estado de salud de las personas— y *de calidad* —pues los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, requiriendo la existencia de medicamentos y equipo hospitalario en buen estado—. ¹²⁰

En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, “se considera importante observar un enfoque integral de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación”.¹²¹ De esta forma, las medidas integrales “comprenden la rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores, y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal”.¹²²

Por otro lado, el Comité ha manifestado respecto a la salud de las mujeres adultas mayores que “está preocupado por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no sólo porque las mujeres a menudo viven más que los hombres y son más proclives que los hombres a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis y la demencia, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges ancianos. Por consiguiente, los Estados partes deberían adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las minusvalías y discapacidades que trae consigo el envejecimiento”.¹²³

Respecto al derecho a la vivienda de las personas adultas mayores, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma lo siguiente:

la vivienda destinada a los ancianos es algo más que un mero albergue y que, además del significado material, tiene un significado psicológico y social que debe tomarse en consideración.¹²⁴

¹¹⁸ Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Observación General núm. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 3.

¹¹⁹ *Ibid.*, párr. 11.

¹²⁰ *Ibid.*, párr. 12.

¹²¹ *Ibid.*, párr. 25.

¹²² *Loc. cit.*

¹²³ Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observación General núm. 24 La mujer y la salud, párr. 24.

¹²⁴ Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm. 6, Sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, párr. 33.

210. En relación con lo expuesto, resulta relevante destacar que aunado a las disposiciones específicas transcritas –relativas a la protección específica de este sector de la población–, en los distintos tratados, pactos y convenciones internacionales se ha establecido el principio de la no discriminación en el reconocimiento, goce y ejercicio de todos los derechos, por lo que en principio, las personas adultas mayores gozan –en igualdad de condiciones– de todos los derechos –tanto los civiles y políticos, como los económicos sociales y culturales– plasmados en los distintos instrumentos.

B. Marco jurídico creado en sede nacional

211. Como se ha referido, para abordar los derechos de las personas adultas mayores es necesario partir de dos planos normativos distintos: en primer lugar, situando a las personas adultas mayores como un miembro más de la sociedad que como tal cuenta con todos los derechos establecidos en el ordenamiento jurídico; en segundo término, partiendo de su pertenencia a un grupo en situación de vulnerabilidad que requiere de una protección especial del Estado.

212. El primero de los planos normativos encuentra su punto de partida obligado en los principios básicos de no discriminación e igualdad (que tienen su fundamento constitucional expreso en el artículo 1º),¹²⁵ puesto que con base en ellos, toda persona que se encuentre en el territorio nacional –sin distinción– cuenta con la protección que brinda el ordenamiento jurídico mexicano.

213. Por lo que hace a la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores como grupo específico (en situación de vulnerabilidad), es de destacarse que a diferencia del plano internacional, en el nivel interno existe un marco de derechos más protector. En específico, sí existen diversos ordenamientos secundarios –en el ámbito federal y local– que delimitan las obligaciones que los distintos agentes del Estado tienen para con ese sector en particular: destacan la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a nivel federal, y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal,¹²⁶ en el ámbito local.

214. En cuanto al contenido de estas leyes, cabe destacar que en ellas se precisa que las personas adultas mayores –es decir, las beneficiarias directas del ordenamiento– son aquellas que “cuenten con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional o el Distrito Federal, según el caso”.

215. Por su parte, en su artículo 1º de la ley local establece que “es de orden público, de interés social y de observancia general en el Distrito Federal. Tiene por objeto proteger y reconocer los derechos de las personas [adultas mayores] sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural”.

¹²⁵ “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. Asimismo, el principio de no discriminación tiene su regulación secundaria específica tanto a nivel federal como local.

¹²⁶ Resulta importante destacar que la ley local referida fue publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 7 de marzo de 2000, fecha anterior a la publicación del ordenamiento federal, el 25 de junio de 2002. Por otra parte, llama la atención la gran coincidencia en cuanto al contenido de ambas leyes, cuya mayor diferencia se encuentra en la atribución de responsabilidades a los distintos órganos de gobierno. No obstante, derivado de que la local es la que resulta directamente aplicable al espacio geográfico en que se desarrolló el presente estudio, el análisis de ambas leyes partirá de ésta.

216. Esa ley advierte en su artículo 2° que la responsabilidad de su vigilancia, seguimiento y aplicación, estará a cargo de:

- I. El jefe de Gobierno del Distrito Federal;
- II. Las Secretarías y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las delegaciones, órganos desconcentrados y entidades paraestatales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;
- III. La familia de la persona adulta mayor; y
- IV. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, cualquiera que sea su forma o denominación.

217. La consideración referida anteriormente es de vital importancia, pues responsabiliza de forma conjunta a la familia –núcleo de la sociedad–, a las y los ciudadanos, a la sociedad civil organizada y a los entes encargados de la gestión pública local de la falta de aplicación de este ordenamiento, la cual se traduce en el perjuicio de la calidad de vida de las personas adultas mayores derivado del impedimento para hacer exigible el ejercicio de sus derechos.

218. El ordenamiento local, a diferencia del federal, establece en su artículo 3° que las personas adultas mayores podrán tener diferentes condiciones (independiente, semidependiente, dependiente absoluto y en situación de riesgo o desamparo).¹²⁷

219. Por otro lado, el artículo 4° de la ley refiere como principios rectores del ordenamiento los siguientes:

- I. Autonomía y autorrealización: Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores tendientes a fortalecer su independencia personal, su capacidad de decisión y su desarrollo personal;
- II. Participación: En todos los casos de la vida pública, y en especial en lo relativo a los aspectos que les atañen directamente deberán ser consultados y tomados en cuenta y se promoverá su presencia e intervención;
- III. Equidad: Consistente en 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, raza, credo, religión o cualquier otra circunstancia;
- IV. Corresponsabilidad: Para la consecución del objeto de esta ley, se promoverá la concurrencia de los sectores público y social y en especial de las familias con una actitud de responsabilidad compartida; y
- V. Atención diferenciada: Es aquel que obliga a los órganos locales de Gobierno del Distrito Federal a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

220. A través de su artículo 5°, esta ley confiere a las personas adultas mayores diversos derechos relativos a los siguientes rubros: 1) integridad y dignidad; 2) certeza jurídica y familia; 3) salud y alimentación; 4) educación, recreación, información y participación; 5) trabajo; y 6) asistencia social.

221. Por otro lado, los artículos 6° y 8° confieren responsabilidades a la familia con respecto a las personas adultas mayores: hacerse cargo de ellas, otorgándoles alimentos, fomentando la participación de las personas adultas mayores en la convivencia familiar cotidiana, evitando la discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia u otros actos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos, entre otros.

¹²⁷ Las primeras tres condiciones se definirán en un apartado posterior, por ser útil para la comprensión del desarrollo del mismo; la cuarta hace referencia a las personas adultas mayores que por problemas de salud, abandono, carencia de apoyos económicos, familiares, contingencias ambientales o desastres naturales, requieren de asistencia y protección del Gobierno del Distrito Federal y de la sociedad organizada.

222. Respecto a la vivienda de las personas adultas mayores, el artículo 7° refiere: “El lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca es su hogar; y sólo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores”. Cabe destacar de lo anterior que según esta disposición, es única y exclusivamente el adulto mayor quien podrá solicitar su ingreso a una institución de asistencia social.

223. El artículo 29 de la ley establece la creación del Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, “como un órgano honorario de consulta, asesoría y evaluación de acciones de concertación, coordinación, planeación y promoción necesarias para favorecer la plena integración y desarrollo de las personas adultas mayores”.¹²⁸

224. Por último, toda vez que este informe se avoca a la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas, es preciso destacar lo que refiere la ley en los siguientes artículos respecto a la asistencia social.

ARTÍCULO 45

Toda persona que tenga conocimiento de que una persona adulta mayor se encuentre en situación de riesgo o desamparo podrá pedir la intervención de las autoridades competentes para que se apliquen de inmediato las medidas necesarias para su protección y atención.

ARTÍCULO 46

La Secretaría de Desarrollo Social en coordinación con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, promoverá e instrumentará políticas de asistencia social para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo.

ARTÍCULO 47

Cuando una institución pública, privada o social, se haga cargo total de una persona adulta mayor, deberá:

- I. Proporcionar atención integral.
- II. Otorgar cuidado para su salud física y mental.
- III. Fomentar actividades y diversiones que sean de su interés.
- IV. Llevar un registro de ingresos y egresos.
- V. Llevar el seguimiento, evolución y evaluación de los casos atendidos.
- VI. Llevar un expediente personal minucioso.
- VII. Expedir copia del expediente en caso de que sea solicitado por sus familiares o cualquier otra institución que por cualquier causa continúe su atención, con objeto de darle seguimiento a su cuidado.
- VIII. Registrar los nombres, domicilios, números telefónicos y lugares de trabajo de sus familiares.

ARTÍCULO 48

En todo momento las Instituciones públicas, privadas y sociales deberán garantizar y observar el total e irrestricto respeto a los derechos de las personas adultas mayores que esta ley les consagra.

ARTÍCULO 49

Todas las instituciones públicas, privadas y sociales que presten asistencia a las personas adultas mayores, deberán contar con personal que posea vocación, capacidad y conocimientos orientados a la atención de éstas.

¹²⁸ El mismo artículo refiere que el Consejo Asesor estará integrado por: la Jefatura de Gobierno, quien fungirá como presidente del Consejo; la Secretaría de Desarrollo Social, quien fungirá como secretario técnico; la Secretaría de Gobierno; la Secretaría de Salud; la Procuraduría Social; el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal; y por dos diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, de las comisiones relacionadas con la materia.

ARTÍCULO 50

Toda contravención a lo establecido en la presente ley, por las instituciones de asistencia privada, será hecha del conocimiento de la Junta de Asistencia Privada, a efecto de que actúe en consecuencia.

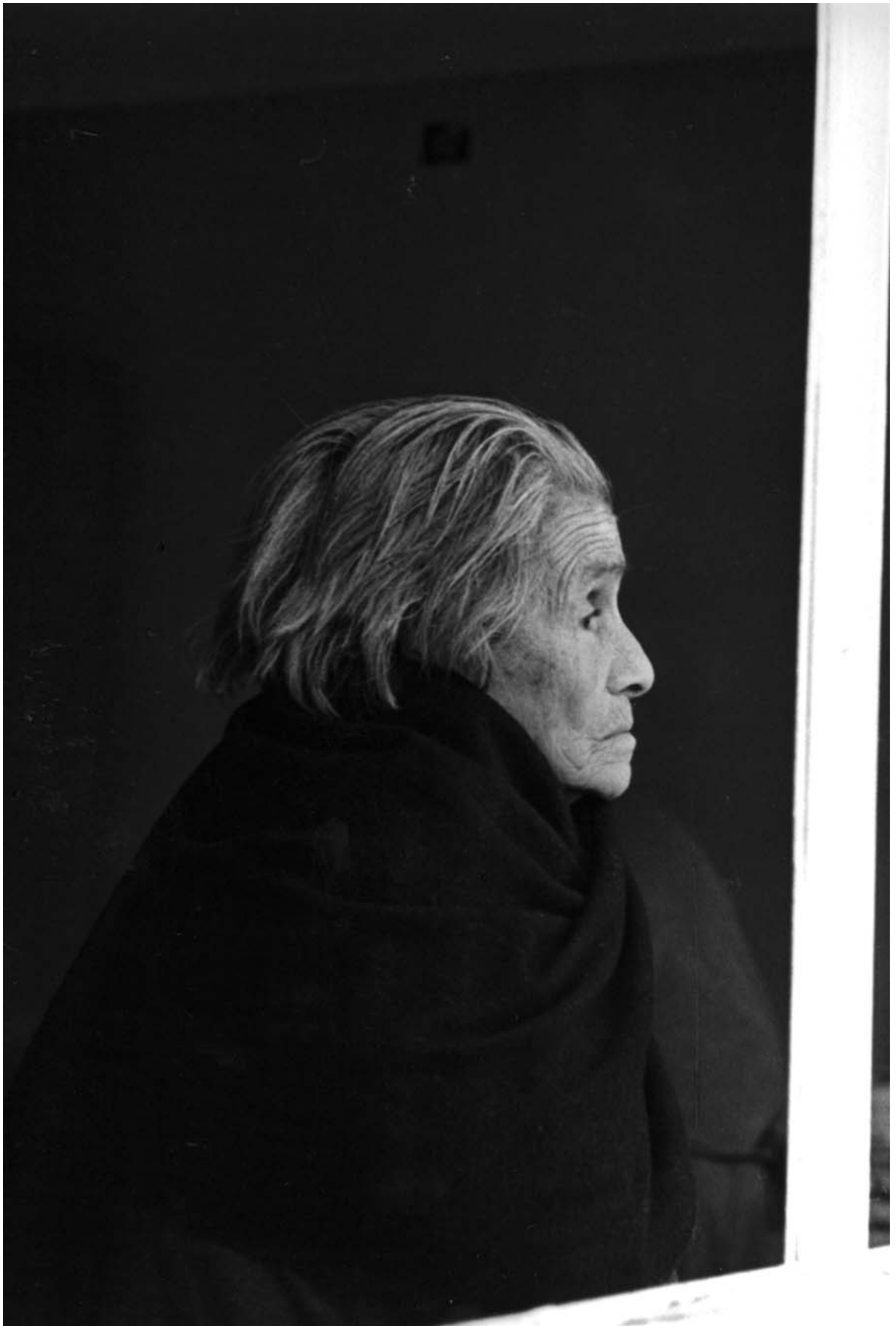
225. El marco jurídico federal y local representan un gran avance para el reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores. En este sentido, debe reconocerse el hecho de que estos ordenamientos han sentado las bases para que las personas adultas mayores puedan ejercer y gozar de sus derechos; sin embargo, será sólo a través del compromiso de los actores involucrados: familia, sociedad civil organizada y gobierno, que se podrá dar una respuesta firme en este sentido.

226. Por otro lado, el marco legal federal y local referido coadyuvan en el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos de las personas adultas mayores, así como en la implementación de los planes de acción emanados de las asambleas llevadas a cabo para atender la problemática del envejecimiento de la población.

227. De lo anterior se desprende que el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos enunciados en los distintos ordenamientos aludidos, instrumentando las políticas públicas necesarias para ello. Al respecto, la postergación injustificada de estas obligaciones contraídas tanto en el plano internacional como nacional, se traduce en el incumplimiento de las obligaciones generales del Estado en materia de derechos humanos.¹²⁹

¹²⁹ En particular, aquéllas relativas al respeto y garantía de los derechos mediante la adopción de medidas específicas en dos vertientes: la adecuación de la legislación a los estándares internacionales y la creación de políticas públicas orientadas a atender la problemática del envejecimiento de la población.

III. Marco metodológico



228. A continuación se da cuenta de los elementos más relevantes de la metodología implementada en el marco de las visitas realizadas a los centros, instituciones y asociaciones de asistencia social que tienen como beneficiarias a personas adultas mayores.

A. Objetivos

1. *Objetivo general*

229. Presentar un diagnóstico preliminar sobre la situación que guarda el respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas –es decir, de aquellas que viven en centros, instituciones o asociaciones de asistencia social, ya sean públicas o privadas– en el Distrito Federal que incida en la orientación de las decisiones que en materia de política pública y legislación se toman para erradicar el problema social que representa la violación de los derechos humanos de este sector de la población.

2. *Objetivos específicos*

230. De forma específica se busca:

- Ofrecer un primer acercamiento a la situación de las personas adultas mayores institucionalizadas en el Distrito Federal.
- Identificar los factores de riesgo asociados con la violación a los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas.
- Documentar los diferentes tipos de violaciones a los derechos humanos que sufren las personas adultas mayores institucionalizadas.
- Detectar buenas prácticas en la observancia de los derechos humanos de este sector de la población, en aras de que éstas puedan replicarse en las instituciones de los diferentes subsectores, a través de los cuales, se brinda servicio asistencial a las personas adultas mayores.
- Identificar las necesidades de educación, promoción, prevención, difusión, capacitación y protección en torno a los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas con la finalidad de desarrollar propuestas que permitan: 1) hacer del conocimiento de las personas adultas mayores institucionalizadas sus derechos; y 2) eliminar los factores de riesgo que al interior de los centros, instituciones y asociaciones de asistencia social se encuentran relacionados con la vulneración de los derechos humanos de las personas adultas mayores.
- Promover con los diferentes actores involucrados en el tema (autoridades, sociedad civil, legisladores, instituciones de asistencia, organismos públicos) para que, en el ámbito de su competencia, impulsen programas o acciones orientados a garantizar y respetar el ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas.
- Generar propuestas de proyectos legislativos y políticas públicas tendientes a garantizar la observancia y el ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas en el Distrito Federal.

B. Tipo de estudio

231. La información relativa a las visitas llevadas a cabo es resultado de un estudio preliminar que, como primer acercamiento al tema, únicamente da cuenta de la situación que guardaban los derechos

humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas –beneficiarias de los centros, instituciones y asociaciones que conformaron la muestra utilizada para la investigación– en el momento en que se realizaron dichas visitas.

232. No obstante lo anterior, es importante advertir que los instrumentos de medición utilizados para recabar la información, pueden usarse en el futuro, con la finalidad de realizar un análisis comparativo respecto del comportamiento de los indicadores tomados en consideración.

1. Instrumentos de medición

233. Los instrumentos de medición utilizados fueron elaborados en colaboración con la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAPDF), a partir del convenio de colaboración celebrado entre la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y la misma Junta. Para ello se llevaron a cabo reuniones de trabajo en las cuales se identificaron las variables y los indicadores que conforman los instrumentos utilizados para dar cuenta de la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas.

234. La definición de las variables se realizó con base en los derechos reconocidos en el apartado A del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal:

A) De la integridad y dignidad:

- I. A la vida, con calidad, siendo obligación de la familia, de los órganos locales de Gobierno del Distrito Federal y de la sociedad, garantizar a las personas adultas mayores, su sobrevivencia así como el acceso a los mecanismos necesarios para ello;
- II. A la no discriminación, por lo que la observancia a sus derechos se hará sin distinción alguna;
- III. A una vida libre de violencia;
- IV. A ser respetados en su persona, en su integridad física, psicoemocional y sexual;
- V. A ser protegidos contra toda forma de explotación;
- VI. A recibir protección por parte de su familia, órganos locales de gobierno y sociedad;
- VII. A gozar de oportunidades, en atención a las condiciones a que se refiere la fracción 1, del artículo 3° de la ley, para mejorar progresivamente las capacidades que les faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, respetando en todo momento su heterogeneidad; y
- VIII. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerza libremente sus derechos.

235. En relación con lo anterior, es importante precisar que se decidió estudiar únicamente la situación de estos derechos debido a que la empresa de observar la situación que guardan todos los derechos comprendidos en esta ley entrañaba un sinnúmero de dificultades que metodológica e institucionalmente no se podían afrontar en el marco de un primer acercamiento al tema.

236. Partiendo de estos derechos se diseñaron conjuntamente con la JAPDF siete instrumentos, mismos que pueden ser consultados en el Anexo A y en el Anexo B de este informe especial, en el que se especifican sus objetivos y escalas de medición.

2. Referencias metodológicas

237. Para cumplir los objetivos de los instrumentos se partió de las siguientes referencias metodológicas:

- *Unidades de análisis*
 - a) Instituciones de Asistencia Privada (IAP), Asociaciones Civiles (AC) y Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS), todos ellos del Distrito Federal, que brindan asistencia social a personas adultas mayores.
 - b) Personas beneficiarias de 60 años o más de las IAP, AC y CAIS.
- *Unidad de observación*
 - a) Casa hogar: establecimiento de asistencia social donde se proporciona a personas adultas mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.¹³⁰
- *Métodos de recolección*
 - a) Captar información a través de dos cuestionarios mediante entrevista directa.
 - b) Recoger información por medio de cinco guías de observación

a) APLICACIÓN PILOTO

238. Con la finalidad de probar el método de aplicación de los instrumentos, así como de realizar ajustes a los mismos, se llevaron a cabo dos pruebas piloto los días 14 y 27 de julio de 2007, en un centro de día y una casa hogar, respectivamente.

239. Como producto de estas pruebas se precisó la estrategia de implementación de cada uno de los instrumentos. Además se realizaron las correcciones necesarias a cada instrumento.

240. Las pruebas piloto sirvieron como base para elaborar la encuesta definitiva, así como para determinar que la población objeto de estudio sería la institucionalizada en casas hogar, debido a que esta modalidad del servicio asistencial permitía una valoración más completa de la situación de los derechos humanos de este grupo poblacional.

b) MUESTRA

241. Durante julio y agosto de 2007, personal adscrito a la Primera Visitaduría General de la CDHDF realizó visitas de observación a CAIS, IAP y AC, cuyas beneficiarias del servicio asistencial que otorgan son personas adultas mayores.

242. Las visitas fueron llevadas a cabo de acuerdo con el calendario siguiente:

Cuadro III.1 Calendario de visitas a CAIS, IAP y AC

Nombre de la institución, centro o asociación	Fecha de la visita (2007)
IAP	
Asociación Teodoro Gildred	18 de julio
Fundación de Obras Sociales de San Vicente	18 de julio
Fundación de Socorros Agustín González de Cosío	19 de julio
Hogar para Ancianos Matías Romero	19 de julio
Fundación de Ayuda a la Ancianidad: Casa Hogar Nuestra Señora del Camino	20 de julio

¹³⁰ Definición de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Cuadro III.1 Calendario de visitas a CAIS, IAP y AC (*continuación*)

Nombre de la institución, centro o asociación	Fecha de la visita (2007)
Asociación de Ayuda Social de la Comunidad Alemana	23 de julio
Asociación para Ayuda de Ancianos	23 de julio
Fundación de Ayuda a la Ancianidad: Casa Hogar Isabel la Católica	24 de julio
Fundación Mier y Pesado	24 de julio
CAIS	
Atlapa	2 de agosto
Iztapalapa	2 de agosto
Cuautepec	3 de agosto
Villa Mujeres	6 de agosto
Plaza del Estudiante ¹³¹	7 de agosto
Cascada	8 de agosto
AC	
Un Granito de Arena	14 de agosto
Fuerza y Voluntad de 22 Campesinos	22 de agosto
Comunidad Participativa Tepito	23 de agosto

➤ Muestreo proporcional (IAP, CAIS, AC)

243. El cálculo para determinar la muestra del estudio arrojó el siguiente resultado para las instituciones y los centros que se muestran en los cuadros III.2 y III.3.

Cuadro III.2 Instituciones de asistencia privada

Institución	Administrada por personal	Condición física de la población, preponderantemente	Población atendida (aprox.)	% de la muestra ^a	Muestra ^b
Fundación de Ayuda a la Ancianidad, IAP: Casa Hogar Isabel la Católica.	Religioso	Dependientes e independientes	190	21.2765957	57.1953191
Fundación de Ayuda a la Ancianidad: Casa Hogar Nuestra Señora del Camino	Religioso	Dependientes e independientes	122	13.6618141	36.7254155
Asociación Teodoro Gildred	Religioso	Dependientes e independientes	80	8.95856663	24.0822396
Fundación de Obras Sociales de San Vicente	Religioso	Dependientes e independientes	130	14.5576708	39.1336394
Hogar para Ancianos Matías Romero	Laico	Independientes y semidependientes	65	7.27883539	19.5668197
Fundación de Socorros Agustín González de Cosío	Laico	Dependientes e independientes	115	12.8779395	34.6182195
Fundación Mier y Pesado	Laico	Dependientes e independientes	100	11.1982083	30.1027996
Asociación de Ayuda Social de la Comunidad Alemana	Laico	Dependientes e independientes	49	5.48712206	14.7503718
Asociación para Ayuda de Ancianos	Laico	Dependientes	42	4.70324748	12.6431758
Total			893 ^c	100	268.818 ^d

^a Porcentaje que representa el número de personas adultas mayores entrevistadas en cada institución con respecto del total de personas adultas mayores entrevistadas en las IAP.

^b Número de personas adultas mayores entrevistadas en cada institución. De acuerdo con el cálculo de muestreo proporcional realizado, la muestra utilizada corresponde a 30% de la población atendida en dichas instituciones.

^c El número de personas beneficiarias que se tomó como base para calcular esta muestra es diferente al número de personas beneficiarias que había en las instituciones al momento de la visita y aplicación de la entrevista a las autoridades de las mismas, esto, a consecuencia de la rotación de la población beneficiaria.

^d En los casos donde las cifras decimales eran mayores a 0.5, se redondeó a la cifra superior inmediata; por ello, la muestra total final fue de 273 personas adultas mayores a entrevistar.

¹³¹ Cabe mencionar que posterior a la visita a este Centro, el mismo dejó de operar; sin embargo, en el presente informe se dará cuenta de los resultados obtenidos en la visita realizada, en tanto que ventilan las características y circunstancias en que se brinda el servicio asistencial público.

Cuadro III.3 Centros de asistencia e integración social

Centro de Asistencia e Integración Social	Administrada por personal	Condición física de la población, preponderantemente	Población atendida (aprox.) ^a	% de la muestra ^b	Muestra ^c
Atlampa	Iasis ^d	Semidependiente	69	10.237388	25.073809
Plaza del Estudiante	Iasis	Independiente, semindependiente	150	22.255192	54.508284
Cuautepec	Iasis	Independiente, Dependiente y semindependiente	291	43.175074	105.745893
Villa Mujeres	Iasis	Semidependientes, dependientes e independiente	164	24.332344	59.595725
Total			674	100	244.9239^e

^a Instituto de Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.

^b Porcentaje que representa el número de personas adultas mayores entrevistadas en cada CAIS con respecto del total de personas adultas mayores entrevistadas en estos centros.

^c Número de personas adultas mayores entrevistadas en cada uno de los CAIS. De acuerdo con el cálculo de muestreo proporcional realizado, la muestra utilizada corresponde a 36% de la población atendida en los CAIS referidos en el cuadro anterior.

^d Cabe advertir que el número de población atendida hace referencia única y exclusivamente a la población adulta mayor, en tanto que ésta constituía la población objeto de estudio.

^e En los casos donde las cifras decimales eran mayores a 0.5 se redondeó a la cifra superior inmediata; por ello, la muestra total final fue de 246 personas adultas mayores a entrevistar.

244. Los centros Cascada e Iztapalapa no se tomaron en consideración para el cálculo de la muestra, debido a que su población beneficiaria padece problemas de salud mental y, por ello, no estaba en condición de poder responder la entrevista.

245. Por lo anterior, en el marco de las visitas realizadas, las y los visitadores recabaron con especial cuidado la información relativa a la situación en que se encontraban las personas adultas mayores beneficiarias de dichos centros (condiciones de salud y aseo, primordialmente).

246. En el caso de las asociaciones civiles, sólo fue posible aplicar 17 entrevistas en Un Granito de Arena, A. C., debido a que sólo se identificó este número de personas orientadas en tiempo y lugar en dicha asociación.

247. En las dos asociaciones restantes, Fuerza y Voluntad de 22 Campesinos y Comunidad Participativa Tepito, no se aplicaron entrevistas debido a que el servicio asistencial que reciben ahí las personas adultas mayores no era compatible con el tipo de entrevista.

c) APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

248. En el cuadro III.4 se da cuenta del número de instrumentos aplicados para la realización del presente informe.

Cuadro III.4 Número de instrumentos aplicados

Entrevista o guía de observación	Número
Entrevista a autoridades	18
Guía de observación de área de cocina y espacios de uso común	16
Guía de observación de área de visitas	9
Guía de observación de área de baño	16
Guía de observación de área de comedor	16

Cuadro III.4 Número de instrumentos aplicados (*continuación*)

Entrevista o guía de observación	Número
Guía de observación de área de dormitorios	16
Entrevista a personas beneficiarias	532
Total	623

Fuente: Visitas de observación 2007, CDHDF.

249. Esta Comisión solicita a las y los lectores del presente informe que los resultados arrojados sean analizados a la luz del proceso metodológico del cual fueron resultado, es decir, como preliminares.

IV. Situación de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal



A. Asistencia social en el Distrito Federal

1. Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal

250. Previo a dar inicio al análisis de los resultados arrojados por la implementación de las visitas llevadas a cabo por este organismo, es pertinente identificar el ámbito de competencia de las diferentes autoridades respecto de la regulación de los centros de asistencia gubernamental, las instituciones de asistencia privada y las asociaciones civiles objeto de estudio del presente informe.

251. Lo anterior, toda vez que el óptimo funcionamiento de éstos –del cual depende, en gran parte, que las personas adultas mayores beneficiarias de la asistencia que otorgan puedan gozar y ejercer sus derechos– no se limita exclusivamente a la gestión de su personal (administrativo, operativo, médico), sino al trabajo de supervisión y regulación realizado por las autoridades o instancias competentes.

252. En primer término, es importante aclarar que la autoridad responsable de la asistencia social local es el Gobierno del Distrito Federal, a quien corresponde la aplicación de la Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal (LAISDF).¹³²

253. De acuerdo con el artículo 8° de esta ley, los centros, instituciones y asociaciones que operan servicios de asistencia integran el Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

254. La Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal es responsable de constituir y coordinar este Sistema, primordialmente a través de la planeación, organización, operatividad y evaluación de la prestación de los programas y los servicios de asistencia e integración social de carácter público (artículo 10 de la LAISDF).

255. Para apoyarse en esta tarea, dentro de su sector central, la Secretaría cuenta con la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social (Iasis). Este instituto es responsable tanto de definir y establecer la política en materia de asistencia social como de promover, coordinar, supervisar y evaluar la misma.

256. De acuerdo con el decreto por el cual fue creado, el Iasis tiene la responsabilidad de establecer los mecanismos para evaluar los programas y proyectos que en materia de asistencia social son aplicados por las instituciones del sector público, así como de concertar con los sectores social (al cual pertenecen las AC) y privado (del que son parte las IAP), en materia de asistencia social.

257. Aunado a lo anterior, el Iasis tiene como atribución brindar apoyo a las asociaciones, sociedades civiles y demás entidades privadas que presten servicios de asistencia social para la obtención de finan-

¹³² Como órgano de apoyo, concertación, consulta y asesoría en este ámbito, el Gobierno del Distrito Federal cuenta con el Consejo de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, mismo que de conformidad con el artículo 22 de la LAISDF está constituido por un presidente, un vicepresidente y trece consejeros propietarios. El presidente será el jefe de Gobierno, el vicepresidente será el titular de la Secretaría de Desarrollo, y los trece consejeros serán el titular de la Secretaría de Gobierno, el titular de la Secretaría de Finanzas, el titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el titular de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el director general del DIF-DF, los presidentes de las comisiones de Salud y Asistencia Social y de Grupos Vulnerables de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, y el presidente de la Junta de Asistencia Privada; el presidente del Consejo invitará a un representante de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la Universidad Autónoma Metropolitana y del Instituto Politécnico Nacional, y a dos representantes de asociaciones civiles de reconocida trayectoria, pudiendo invitar a las sesiones de trabajo a los(as) responsables de los programas en la materia.

ciamiento y estímulos fiscales y, en su caso, evaluar sus programas, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto corresponden a otras dependencias.

258. En consecuencia, si bien es cierto que dicho instituto no evalúa directamente a las AC e IAP, también es cierto que eso no lo exime de compartir con las autoridades o instancias que vigilan su funcionamiento la responsabilidad del mismo, pues acuerda con éstas los programas asistenciales que otorgan.

259. Además, de conformidad con el mismo ordenamiento, el instituto tiene la obligación de realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, primordialmente encaminados al mejoramiento de los servicios, acciones y programas en la materia. Estos programas deben impactar positivamente no sólo a las instituciones del sector público, sino al conjunto que conforma el Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

260. En segundo lugar, cabe puntualizar que, de forma concreta, son el Iasis y la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAPDF) los que tienen la responsabilidad de vigilar el funcionamiento de los centros de asistencia gubernamental y las instituciones de asistencia privada, respectivamente.

261. En el caso de la asistencia pública, el Iasis tiene las siguientes facultades:

Crear, previo acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, los lineamientos, normas y modelos de atención básicos que deben regir la operación y funcionamiento de las instalaciones y demás infraestructura destinada a la asistencia a cargo de las delegaciones y otras unidades de la administración local, así como vigilar su cumplimiento.

Administrar y operar los establecimientos de prestación de servicios de asistencia social que le son adscritos. En este caso, los 10 CAIS capitalinos, entre los que se encuentran los seis que tienen como beneficiarias, entre otras, a personas adultas mayores.

262. Por su lado, la JAPDF –órgano administrativo desconcentrado de la administración pública local, con autonomía técnica y operativa, jerárquicamente subordinado al jefe de Gobierno del Distrito Federal–, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada del Distrito Federal, tiene como atribuciones y obligaciones, entre otras:

- I. Vigilar que las IAP cumplan con lo establecido en la ley, en sus estatutos y demás disposiciones aplicables; [...]
- IV. Coordinarse con las demás dependencias, órganos desconcentrados y entidades de la Administración Pública del Distrito Federal que tengan a su cargo programas y presten servicios de asistencia social, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, con el fin de unificar esfuerzos y hacer más eficiente la atención de las necesidades asistenciales existentes, mediante el intercambio de experiencias y la aplicación conjunta de recursos humanos, financieros y materiales; [...]
- VI. Establecer un registro de las instituciones de asistencia privada y, con base en éste, publicar anualmente un directorio de las mismas.

263. Por otro lado, para cumplir con su facultad reguladora, dicho ordenamiento le confiere la responsabilidad de realizar visitas de inspección, en el marco de las cuales deberá, entre otras cosas, verificar que los establecimientos, equipo e instalaciones sean adecuados, seguros e higiénicos para su objeto; que los servicios asistenciales que prestan las IAP cumplan con los requisitos establecidos por la ley, el Consejo Directivo de la Junta y otras disposiciones aplicables, así como que se respete la integridad física, dignidad y los derechos humanos de las y los beneficiarios.

264. Por lo que hace a las AC cabe destacar que, al ser éstas una figura que surge del derecho civil (es decir, al ser un acto del derecho privado), no hay instancia pública alguna que regule o supervise su funcionamiento. De ahí que, en este caso, la posible incidencia que puede tener el Iasis respecto de los programas asistenciales que otorgan, de conformidad con las facultades referidas anteriormente, resulte primordial.

265. Por último, cabe señalar que de acuerdo con el capítulo III de la LAISDF las personas beneficiarias del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal tienen los siguientes derechos:

ARTÍCULO 15

Los usuarios tienen derecho a los servicios y programas de asistencia e integración social, en circunstancias de igualdad y equidad, independientemente de su origen étnico, género, edad, capacidad física y mental, condición cultural, condición social, condiciones de salud, religión u orientación sexual.

ARTÍCULO 16

A los usuarios en todo momento se les garantizará el respeto a sus derechos humanos, a su integridad física y mental, a su dignidad, a su vida privada, a su cultura y valores, durante su estancia en cualquier centro de asistencia social.

ARTÍCULO 17

El usuario recibirá información apropiada a su edad, condición de género, socioeducativa, cultural y étnica sobre los programas y acciones de asistencia e integración social.

2. Antecedentes

266. Como se ha referido anteriormente, existe un vacío preocupante de estudios respecto de la situación de las personas adultas mayores institucionalizadas. Actualmente el precedente más significativo en este sentido es la Evaluación de Instituciones de Cuidados Prolongados para Ancianos en el Distrito Federal, realizada en 1996 gracias al financiamiento de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en la ciudad de México.

267. Este estudio partió de la hipótesis de que numerosas instituciones no cumplían con los requisitos para ofrecer una atención que cubriera las necesidades asistenciales básicas de las personas adultas mayores.

268. Las instituciones evaluadas fueron divididas en dos categorías: 1) Instituciones gubernamentales: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional para la Senectud (Insen) y Protección Social del Departamento del Distrito Federal; y 2) Instituciones privadas: de beneficencia afiliadas a la JAPDF e instituciones privadas no afiliadas a la Junta.

269. A manera de antecedente al presente informe, a continuación se presentan los principales resultados arrojados por dicha investigación.

a) CALIFICACIÓN GLOBAL

270. Tanto las instituciones del Insen como las privadas no afiliadas a la JAPDF fueron evaluadas como instituciones no recomendables al obtener puntajes entre 49.85 y 41.62, respectivamente. Esto, tomando en consideración que las instituciones privadas fueron penalizadas con 150 puntos por no contar con registro, mientras que las del Insen con otro tanto por no tener ascensor en edificios de más de una planta.

271. Sin estas penalizaciones, los albergues del Insen habrían obtenido en promedio 162 puntos y las instituciones privadas 141, lo que les habría permitido ser clasificadas como *recomendables*.

272. Por su parte, las instituciones del DIF y de la JAPDF fueron calificadas como *recomendables* al obtener 221.2 y 203.4 puntos, respectivamente. En general estas instituciones obtuvieron calificaciones similares y mostraron un mejor nivel que las instituciones privadas no afiliadas a la JAPDF y las del Insen.

273. El análisis del cuestionario por secciones ventiló:

- *Registro*. Mientras todas las instituciones del DIF, la JAPDF y el Insen contaban con registro ante la Secretaría de Salud federal, 71.4% de las instituciones privadas no afiliadas a la JAPDF no pudieron mostrar constancia de éste.
- *Estructura física*. Las instituciones de la JAPDF alcanzaron el puntaje más alto al obtener 75% de la calificación máxima posible, seguida del DIF que obtuvo 70%, el Insen alcanzó 58%, y las instituciones privadas no afiliadas a la JAPDF tuvieron la peor calificación al obtener sólo 45.2 por ciento.
- *Personal*. El DIF alcanzó 76% del máximo en los niveles de administración, atención médica, enfermería, dirección, psicología y rehabilitación, mientras que la JAPDF obtuvo 67%, los asilos privados no afiliados a la JAPDF 57.6% y el Insen sólo 48.5 por ciento.
- *Procedimientos*. Al revisar la existencia de normatividad interna y su aplicación, se encontró que del máximo posible las instituciones del DIF alcanzaron 94.2%, las de la JAPDF y el Insen 71% y 61% respectivamente, mientras que las instituciones privadas no afiliadas a la JAPDF sólo poco más de 52 por ciento.

274. Cabe señalar que aun cuando este estudio no estaba orientado a conocer el estado de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas y fue dirigido únicamente a aquellas que recibían atención en instituciones de cuidados prolongados, es importante observar que los resultados guardan relación con las acciones y omisiones de las instituciones que podrían incidir en el efectivo goce, ejercicio y respeto de los derechos de las personas adultas mayores.

275. Partiendo de lo anterior, se presentan los resultados obtenidos en el marco de las visitas realizadas por la CDHDF a las IAP, AC y CAIS que brindan servicios asistenciales a personas adultas mayores.

3. Personas beneficiarias del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal

276. Toda vez que el presente informe tiene como objeto el estudio de la situación que guardan los derechos de las personas adultas mayores institucionalizadas, esta Comisión buscó conocer el universo de dicha población en el ámbito local. Sin embargo, actualmente no existe un registro respecto del conjunto de centros, instituciones y asociaciones que integran el Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

277. Por ello, con esta finalidad, tomando en consideración las facultades del Iasis y la JAPDF, esta Comisión solicitó, en el primer caso, información relativa, entre otras cosas, a:

1. Los subsectores (instituciones gubernamentales que instrumentan la asistencia pública, IAP y AC) a través de los cuales se brinda asistencia social en el Distrito Federal a las personas adultas mayores, especificando: a) cuántas

entidades o instituciones por cada subsector se encuentran brindando actualmente asistencia social a este sector de la población y a través de qué modalidad lo hacen (casa hogar, albergue, centro de día, centro de atención especializada, etc.); *b*) cuántas personas adultas mayores son beneficiarias de cada subsector, especificando bajo qué modalidad; y *c*) a través de qué mecanismos se evalúan dichos subsectores y con qué periodicidad.

2. A través de qué acciones y/o mecanismos, el Iasis apoya a las entidades que brindan asistencia social para la obtención de financiamientos y estímulos fiscales.

278. Por lo que hace a la JAPDF se solicitó su colaboración para conocer el número de IAP bajo su registro que brindan servicio asistencial a personas adultas mayores, la modalidad del servicio que otorgan, así como el número de personas beneficiarias que atienden.

279. Esta Comisión no obtuvo respuesta por parte del Iasis,¹³³ por lo que no es posible presentar los datos referidos anteriormente. Únicamente se recabó –vía económica– el número y el nombre de las AC que recibían financiamiento por parte del Iasis, toda vez que la CDHDF carece de competencia para solicitar a las AC dicha información.

280. En cuanto a la información solicitada a la JAPDF, de acuerdo con el corte realizado por ésta en 2006, se obtuvo por respuesta que, en la modalidad de casa hogar, 18 IAP brindaban servicio asistencial, a través de 21 establecimientos, a 1 578 personas adultas mayores, con el perfil siguiente:

- *Sexo*: 1 233 (78%) eran mujeres y 345 hombres (22 por ciento).
- *Edad*: 1 072 (844 mujeres y 228 hombres), es decir poco más de 68% tenían entre 60 y 80 años, mientras que 506 (390 mujeres y 116 hombres), que representaban 32%, tenían 81 años o más.
- *Condición física*: 78% eran dependientes y 22% semidependientes.
- *Situación económica*: 39% contaba con recursos económicos, 39% eran de escasos recursos y 22% no tenían recursos económicos.¹³⁴

Por otro lado, en la modalidad de centro de día,¹³⁵ brindaban asistencia a personas adultas mayores ocho instituciones en igual número de establecimientos, en los cuales eran atendidas 890 personas adultas mayores con el perfil siguiente:

- *Sexo*: 686 mujeres que representaban 77% del total y 204 hombres que a su vez representaban 23% de la población atendida.
- *Edad*: de estas personas, 646 tenían entre 60 y 80 años (566 mujeres y 60 hombres); mientras que 154 tenían 81 años o más (120 mujeres y 34 hombres)
- *Condición física*: del total de personas 75% eran independientes y 25% dependientes.
- *Situación económica*: 50% de éstas no contaban con recursos económicos, 25% eran de escasos recursos y 25% contaban con recursos económicos.¹³⁶

¹³³ Cabe señalar que la solicitud de información, así como el recordatorio de la misma se realizaron en agosto de 2007.

¹³⁴ Se entiende como *persona con recursos* aquella que cuenta con cualquier tipo de ingreso.

¹³⁵ Establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a las personas adultas mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud (definición de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y personas adultas mayores).

¹³⁶ Se entiende como *persona con recursos* aquella que cuenta con cualquier tipo de ingreso.

281. Respecto a la falta de información de que adolece el Gobierno del Distrito Federal, en específico, la Secretaría de Desarrollo Social respecto del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal –los cuales no cuentan con un registro público del conjunto de unidades administrativas y órganos descentralizados de administración pública capitalina, así como de las IAP y AC que otorgan asistencia ni el número de personas beneficiarias de las mismas y su perfil–, representa una debilidad mayor primordialmente porque:

- Imposibilita que cualquier acción y/o política de asistencia social parta de un conocimiento real de las debilidades, necesidades y fortalezas del Sistema de Asistencia e Integración Social capitalino y, por ende, tenga el impacto esperado en términos de calidad asistencial.
- Limita considerablemente el éxito de las facultades de vigilancia de las diferentes instancias en este ámbito (Iasis y JAPDF).
- Tomando en consideración lo anterior, restringe a las personas beneficiarias la posibilidad de contar con servicios asistenciales de calidad, colocándolas así en situación de riesgo y vulnerabilidad.

B. Consideraciones previas

282. Durante julio y agosto de 2007, la CDHDF realizó visitas a los CAIS del gobierno capitalino, así como a IAP y AC, cuyas beneficiarias son personas adultas mayores.

283. Las visitas incluyeron todos los CAIS que tienen como personas beneficiarias a personas adultas mayores, aun cuando el servicio asistencial que otorgan no las tenga como únicas beneficiarias. Se visitaron además nueve IAP y las tres AC que en el momento de las visitas recibían financiamiento del Iasis. En el caso de las IAP y de las AC visitadas, sus únicas beneficiarias son personas de este grupo.¹³⁷

284. Las visitas tuvieron como propósito único observar el estado que guardan los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas; con este fin fueron diseñados los siete instrumentos de medición aplicados a lo largo de las mismas (véase anexos A y B).

1. Dinámicas de trabajo

285. Tal como se menciona en el capítulo III. Marco metodológico (párrafos 228-249), los preparativos para las visitas se realizaron en colaboración con el personal de la JAPDF –a partir del convenio de colaboración celebrado entre ésta y la CDHDF–. Asimismo, tomando como base el marco de competencia de esta Comisión y su consecuente relación con las IAP, los CAIS y las AC, así como el convenio de colaboración referido, se definieron dinámicas de trabajo diferenciadas (con la respectiva incidencia en los resultados obtenidos):

- En el caso de las IAP, no se visitó el universo de instituciones registradas ante la JAPDF que atienden esta población, sino una muestra de éste. La selección y número de las IAP que conformaron la muestra objeto de estudio fueron determinadas por la JAPDF.

¹³⁷ La metodología de estas visitas se desarrolla en el capítulo III. Marco metodológico (párrafos 228-249) de este informe.

- Las IAP visitadas acordaron con la JAPDF la fecha y hora en que la CDHDF llevaría a cabo la visita a sus instalaciones, por lo que tenían pleno conocimiento de ello. Asimismo, se les informó de antemano el propósito de las visitas.
- La visita a las IAP se realizó de manera conjunta entre personal de la CDHDF y la JAPDF. Sin excepción alguna, la aplicación de los instrumentos y entrevistas estuvo a cargo de visitadores(as) de la CDHDF. Sin embargo, es importante aclarar que en algunos casos, personal de la JAPDF presenció las entrevistas realizadas, particularmente a las autoridades de las instituciones y acompañó a los(as) visitadores(as) en los recorridos realizados a las diferentes instalaciones con la finalidad de aplicar los instrumentos de observación.
- En el caso de las AC visitadas, personal de la CDHDF acordó directa y previamente con éstas la fecha y hora de las visitas. De igual forma se les informó de antemano el propósito.
- En los CAIS la situación fue diferente. El Iasis informó previamente a los centros que la CDHDF realizaría visitas a sus instalaciones y el objeto de las mismas, sin embargo, los centros no tenían conocimiento de la fecha y hora en que éstas serían realizadas.
- Las visitas a los centros fueron realizadas únicamente por visitadores(as) de la CDHDF. Su personal sólo brindó apoyo o acompañamiento cuando los(as) visitadores(as) así lo solicitaron. En la mayoría de los casos, no fue necesaria la intervención del personal de los centros.

286. Por otro lado, respecto de la naturaleza de las instituciones, asociaciones y centros visitados, cabe destacar lo siguiente:

2. Naturaleza jurídica y financiamiento

287. Los recursos con que cuentan los CAIS para brindar servicio asistencial a las personas adultas mayores provienen del erario y están determinados anualmente por el presupuesto de egresos de la Secretaría de Desarrollo Social capitalina.

288. A través de estos centros, el gobierno capitalino cumple con la responsabilidad de brindar cuidado y atención a las personas adultas mayores que se encuentran en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, por lo que el servicio asistencial se otorga invariablemente de forma gratuita.

289. La administración de los recursos financieros, materiales y humanos con que cuentan los Centros, así como su operatividad están determinadas por el Iasis, en tanto órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social responsable de instrumentar la asistencia social en el Distrito Federal.

290. En otras palabras, las autoridades administrativas de los centros no cuentan con autonomía para determinar su ejercicio presupuestal, garantizar la disponibilidad de recursos y decidir su distribución.

291. En el caso de las IAP, en primer término, se debe puntualizar que, son consideradas de utilidad pública y de conformidad con el artículo 4° de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal pueden gozar de extensiones, estímulos, subsidios y facilidades administrativas por ley. Además cuentan con personalidad jurídica y patrimonios propios.

292. Su ejercicio presupuestal debe tener el aval del Consejo Directivo de la JAPDF, sin embargo, poseen autonomía para determinar sus ingresos y egresos.

293. De acuerdo con la información proporcionada por la JAPDF, el financiamiento de las instituciones visitadas era el siguiente: seis de las nueve instituciones, es decir, cerca de 67% tenía como fuente de recursos los donativos y las cuotas de recuperación por estudio socioeconómico, de éstas, sólo una tenía como principal fuente las cuotas de recuperación, mientras que el resto se financiaba primordialmente con donativos; dos, que representaban poco más de 22%, tenían como fuente de recursos las cuotas de recuperación por estudio socioeconómico y el arrendamiento,¹³⁸ siendo este último su principal fuente; y la institución restante, que representa 11%, se financiaba a través del arrendamiento y los donativos, teniendo como fuente principal el arrendamiento.

294. De lo anterior se desprende que 89% de las instituciones visitadas cobraba cuotas de recuperación a las personas adultas mayores beneficiarias. Aun cuando ésta no era su principal fuente de recursos, lo cierto es que recibían un pago por el servicio asistencial que otorgaban.

295. Es importante señalar que, de acuerdo con la información proporcionada en las entrevistas a las autoridades de las instituciones relativas al estudio socioeconómico, algunas de éstas pueden inclusive eximir a las personas beneficiarias del pago de cuota. Sin embargo, la falta de estos ingresos puede llegar a compensarse mediante una aportación mayor de recursos por parte de las personas beneficiarias que están en posibilidad de hacerlo así. Este tipo de distribución de cuotas permite que las instituciones puedan garantizar a todas las personas beneficiarias, independientemente del monto de su aportación, un nivel básico de servicios asistenciales e inclusive, ofrecer beneficios extras cuando la persona institucionalizada tiene la posibilidad económica para asumir el costo de ellos (habitación individual, habitación con baño propio, remodelación de la habitación, etcétera).

296. Respecto a los donativos es importante señalar que, de acuerdo con el artículo 26 de la ley que regula a las IAP del Distrito Federal, éstos sólo deben contar con autorización del Consejo Directivo de la JAPDF cuando resultan onerosos o son condicionales. En cuanto al resto de sus aspectos financieros, con base en la misma ley, las IAP se deben dictaminar anualmente para informar sus resultados.

297. Por otro lado, respecto al financiamiento de las instituciones visitadas, cabe destacar que más de 55% cuenta con un área específica para la procuración de fondos, es decir, destinan recursos materiales y humanos a esta tarea.

298. En cuanto a las AC, su situación es similar a la de las IAP, pues cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propios. Asimismo, tienen la posibilidad de recabar sus ingresos mediante el cobro de cuotas a las personas beneficiarias. En el caso de las asociaciones visitadas, sólo una se financiaba por esta modalidad; las dos restantes ofrecían el servicio asistencial a las personas beneficiarias de forma gratuita.

299. Cabe recordar que en el caso de las tres asociaciones visitadas, una parte de su financiamiento era proporcionado por el Iasis. Gracias a ello, a pesar de que esta Comisión carece de competencia para observar la forma en que éstas garantizan el respeto de los derechos humanos de las personas adultas mayores que son beneficiarias del servicio asistencial que prestan, se les incluyó en las visitas realizadas con motivo del presente informe.

¹³⁸ Entendiéndose como arrendamiento los casos en que la IAP recibe en donación algún inmueble bajo la condición de que el producto de su arrendamiento sea destinado a la labor asistencial.

300. Las diferencias existentes respecto de la disponibilidad de recursos y las facultades para ejercer su gasto, hacen que en la práctica tanto las IAP como las AC tengan un margen de maniobra mayor en comparación con los CAIS, para que el ejercicio de su gasto esté orientado a ofrecer servicios asistenciales de mayor calidad.

301. Empero, eso no significa de modo alguno que cualquier irregularidad y/o deficiencia en la prestación del servicio asistencial por parte de los centros de asistencia gubernamental pueda ser justificada por su falta de autonomía y/o limitación presupuestal. El Estado tiene la responsabilidad de brindar servicio asistencial a las personas en situación de vulnerabilidad, garantizando en todo momento el respeto de sus derechos humanos.

302. Las aclaraciones realizadas hasta aquí tienen como finalidad no omitir las diferencias inherentes a la naturaleza de las instituciones, centros y asociaciones visitadas que pudieron haber incidido en los resultados arrojados por la evaluación realizada. Esto, considerando que las diferencias respecto de su naturaleza jurídica, la disponibilidad y el manejo de los recursos, guardan relación con la calidad del servicio asistencial otorgado.

3. Número de personas beneficiarias

303. Otro factor que puede incidir en la calidad del servicio asistencial es el número de personas beneficiarias por centro, institución o asociación.¹³⁹

304. En este ámbito también hay diferencias sustanciales que es preciso rescatar:

- En promedio las IAP visitadas otorgan servicio asistencial a 96 personas adultas mayores. El rango de atención va de un mínimo de 54 personas adultas mayores beneficiarias a un máximo de 186.
- El número de beneficiarios(as) por centro de asistencia gubernamental es considerablemente mayor. Los CAIS visitados brindan asistencia en promedio a 312 personas, con un rango de atención que va de 120 personas (Atlampa) como mínimo a poco más de 500 (Plaza del Estudiante) como máximo. En otras palabras, la demanda del servicio asistencial de los centros triplica la correspondiente a las IAP.

Es importante señalar que en el caso de los centros no necesariamente la totalidad de la población beneficiaria es adulta mayor; sin embargo, esto no cambia el hecho de que su nivel de demanda asistencial sea considerablemente mayor al de las IAP.

- Por lo que hace a las AC, sólo en el caso de Un Granito de Arena se ofrece servicio asistencial en la modalidad de casa hogar. Al momento de la visita se brindaba atención a un total de 65 personas beneficiarias, distribuidas en seis casas hogar.

Las otras dos asociaciones ofrecen una modalidad de servicio diferente (talleres, cursos, alternativa al asilo, etc.), por lo que el número de personas beneficiarias no es relevante para realizar un análisis comparativo.

305. Al igual que en el caso de la naturaleza jurídica y la disponibilidad de recursos, cabe precisar que el nivel de demanda no justifica en ningún caso las irregularidades o deficiencias del servicio asistencial proporcionado. Empero, un número de personas beneficiarias elevado implica indudablemente

¹³⁹ Las cifras que se utilizarán en este apartado corresponden a las del momento en que se efectuaron las visitas.

un despliegue mayor de esfuerzos y recursos (financieros, humanos y materiales) para garantizar un servicio asistencial de calidad.

4. Perfil de la población beneficiaria

306. Ahora bien, aunado a lo anterior habría que señalar otra diferencia entre las instituciones, asociaciones y centros: el perfil de su población.

307. Si bien es cierto que todas tienen como beneficiarias a personas mayores de 60 años, también lo es que hay particularidades de la población beneficiaria que cabe precisar en tanto que de éstas se derivan grados y necesidades de atención diferentes.

308. En cerca de 67% de las instituciones (seis) la población adulta mayor beneficiaria era principalmente independiente, es decir, eran aptas para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente parcial.¹⁴⁰ Sólo en una de las instituciones, la población dependiente ocupaba una participación porcentual mayor en comparación con la población semidependiente o independiente.

309. En contraste, la población adulta mayor beneficiaria de los centros de asistencia gubernamental era primordialmente semidependiente, lo que significa que sus condiciones físicas y mentales aún les permitían valerse por sí mismas, aunque con ayuda permanente parcial.¹⁴¹ Únicamente dos de los centros tenían entre su población beneficiaria adulta mayor una participación porcentual mayor de personas independientes, el resto, es decir cerca de 67%, tenían principalmente como beneficiarias a personas adultas mayores que requerían de asistencia para las actividades de la vida cotidiana.

310. En el caso de los centros Cascada e Iztapalapa habría que mencionar que el nivel de atención requerido es aún mayor, pues su población beneficiaria padece problemas de salud mental.

311. Lo anterior es trascendental porque la atención de personas adultas mayores semidependientes o dependientes tiene las siguientes implicaciones: 1) requiere de infraestructura y mobiliario especializado; y 2) exige una mayor inversión de recursos (financieros, humanos y materiales) para ofrecer un servicio asistencial adecuado.

312. Esta Comisión solicita que los resultados dados a conocer a continuación sean valorados a partir de las dinámicas de trabajo implementadas para llevar a cabo las visitas, así como de las diferencias existentes entre las instituciones, asociaciones y centros señalados anteriormente.

C. Resultados de la aplicación de los instrumentos de medición

313. Ahora bien, en el marco de las visitas realizadas por la CDHDF se aplicaron siete instrumentos de medición que tuvieron como finalidad recoger una visión general del estado que guardan los derechos de las personas adultas mayores.

¹⁴⁰ De acuerdo con el artículo 3° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

¹⁴¹ *Idem*.

314. Como se ha referido anteriormente, las variables contenidas en los instrumentos de medición fueron determinadas a partir del inciso *a)* del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

1. Entrevista a la autoridad

315. Como se ha referido anteriormente, a través de la entrevista realizada a las autoridades de las instituciones, asociaciones y centros se buscó saber si éstas otorgaban el servicio asistencial de forma tal que incidieran positivamente en el respeto, goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a la integridad y dignidad de acuerdo con lo establecido en el inciso *a)* del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

316. A continuación se da cuenta de los resultados arrojados por la aplicación de este instrumento.

a) DERECHO A LA VIDA CON CALIDAD

➤ Instituciones de asistencia privada¹⁴²

317. En torno al derecho a una vida con calidad se encontró que dos de las nueve instituciones visitadas, que representan cerca de 22%, cumplían totalmente con la realización de acciones e implementación de programas que incidieran positivamente en el respeto, goce y ejercicio de este derecho de las personas adultas mayores. Las siete instituciones restantes, es decir 78%, cumplía parcialmente.

318. Del análisis conjunto se desprende que las IAP visitadas tenían buenas prácticas en este sentido, mismas que vale la pena rescatar: 1) ciento por ciento cumplía totalmente con garantizar el abasto de alimentos a las personas beneficiarias; 2) cerca de 89% cumplía totalmente con garantizar vestimenta a las personas adultas mayores acorde a sus necesidades; 3) ocho de las nueve instituciones (89%) cumplían totalmente con el requisito de tener un manual de operación (de éstas, cinco cumplían totalmente con el requisito de evaluar en qué medida la operatividad de la institución se ajustaba a lo estipulado, y las tres restantes lo hacían parcialmente); 4) cerca de 78% cumplía totalmente con tener el recurso humano suficiente para ofrecer el servicio; así como con programas de capacitación y evaluación para su personal; 5) ocho de las nueve instituciones visitadas (89%) cumplían totalmente con canalizar a las personas beneficiarias a las instituciones de salud competentes cuando presentaban problemas que excedían su capacidad de atención y; siete, es decir, 78%, cumplían totalmente con ofrecer atención médica a las personas adultas mayores beneficiarias; y 6) 67% de las instituciones cumplía totalmente con el requisito de tener un buzón o área de quejas y sugerencias donde las personas beneficiarias y sus familiares pudieran expresar su opinión respecto del servicio; así como con la infraestructura y capacidad económicas suficientes para garantizar el servicio asistencial.

319. Como se puede observar, las instituciones visitadas ofrecen el servicio asistencial a las personas adultas mayores procurando que éstas tengan una vida con calidad. No obstante, en las visitas que se realizaron también se advirtieron una serie de debilidades –mismas que debieran ser atendidas para garantizar de mejor manera el respeto a este derecho–: 1) si bien 56% de las instituciones cumplían totalmente con conocer las leyes y normas relacionadas con el servicio asistencial que otorgan, 44% restante lo hacía de forma parcial; 2) 56% de las instituciones no cumplía con el requisito de sensibilizar e

¹⁴² A lo largo de este apartado no se hará referencia específica a alguna de las IAP visitadas, en tanto que la valoración fue realizada en conjunto, pues los aspectos individuales no resultaban relevantes para el análisis.

informar a su personal respecto de los derechos de las personas adultas mayores y 33% lo hacía parcialmente; 3) si bien 44% de las instituciones cumplían totalmente con realizar un diagnóstico que permitiera evaluar las necesidades de atención de la persona adulta mayor a su ingreso, una tercera parte de las instituciones no cumplían y 22% lo hacía de forma parcial; y 4) 44% de las instituciones no cumplía con el aspecto de generar información estadística útil para mejorar el servicio asistencial y 22% lo hacía de forma parcial, mientras que la tercera parte restante lo hacía totalmente.

➤ Centros de asistencia e integración social

320. En lo que respecta a los centros de asistencia gubernamental se encontró que ninguno cumplía totalmente con la realización de acciones e implementación de programas que incidieran positivamente en el respeto, goce y ejercicio del derecho a una vida con calidad de las personas adultas mayores. Cinco de los seis centros visitados, es decir, poco más de 83% cumplían parcialmente, y el restante no cumplía.

321. De la valoración conjunta se desprende que, en este sentido, los centros enfrentan debilidades que es urgente atender. Para muestra, cabe señalar que: 1) ninguno de los centros cumplía totalmente con los aspectos de conocer las leyes y normas relacionadas con el servicio asistencial a personas adultas mayores y, contar con programas para informar y sensibilizar a su personal en torno a los derechos de este grupo poblacional; 2) sólo un centro cumplía totalmente con el requisito de tener el recurso humano suficiente para garantizar el servicio, tres cumplían parcialmente (50%) y el resto (33%) no cumplían; 3) sólo la mitad de los centros cumplía totalmente con el requisito de contar con programas de capacitación y evaluación periódica para su personal, dos centros (33%) no cumplían, y el restante lo hacía de forma parcial; 4) únicamente dos de los centros (33%) cumplían totalmente con los requisitos de contar con la infraestructura y capacidad económica suficientes para otorgar el servicio y garantizar vestimenta a las personas adultas mayores beneficiarias acorde con sus necesidades, la mitad lo hacía de forma parcial y el restante no cumplía; y 5) únicamente un centro (17%) cumplía totalmente con el aspecto de tener un buzón o área de sugerencias y/o quejas para recoger la percepción de las personas beneficiarias y sus familiares respecto del servicio, la mitad lo hacía de forma parcial y los dos centros restantes (33%) no cumplían.

322. La evaluación arrojó en general un saldo negativo, sin embargo, es posible rescatar los siguientes aciertos: 1) 100% de los centros cumplía totalmente con el requisito de canalizar a las personas beneficiarias cuando requerían atención médica de segundo o tercer niveles;¹⁴³ y 2) cuatro, que representan 67%, cumplían totalmente con brindar atención médica a las personas adultas mayores beneficiarias, promover entre éstas la adquisición de tarjetas de beneficio social y tener un manual que definiera sus

¹⁴³ De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud, se considera *atención médica* de: 1) primer nivel de atención médica. Las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica; 2) segundo nivel de atención médica. Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel; y 3) tercer nivel de atención médica. Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas; este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

lineamientos operativos (no obstante lo anterior, sólo dos de éstas tenían métodos para identificar en qué medida y grado se cumplía con dicho manual).

b) DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

➤ Instituciones de asistencia privada

323. En cuatro de las nueve instituciones visitadas (44%) se aplicaron programas encaminados a la incorporación de las personas adultas mayores a actividades económicamente productivas.¹⁴⁴

324. Según lo manifestado por sus autoridades, en todos los casos las instituciones cumplían con el requisito de tomar en consideración las diferencias de capacidades y condiciones de las personas adultas mayores en aras de promover que todas tuvieran oportunidad de participar, por ello, se puede decir que al llevar a cabo esta práctica, las instituciones incidían de forma positiva en el derecho de las personas adultas mayores a no ser discriminadas.

325. Por otro lado, se encontró que en la totalidad de las instituciones visitadas se tomaba en cuenta la opinión de las personas adultas mayores para planear las actividades (culturales, deportivas, lúdicas, sociales, educativas, etc.). Esto es positivo en dos aspectos: en primer término, evidencia que la opinión de las personas adultas mayores es importante y ello, por un lado, incide positivamente en la valoración que éstas tienen de sí mismas, y por el otro, las alienta para que manifiesten libremente su opinión; en segundo lugar, ventila que la institución ofrece el servicio asistencial a partir de una concepción positiva de la vejez.

326. En lo que respecta a las actividades a partir del sexo de las personas beneficiarias, se observó que en dos terceras partes de las instituciones (seis) no se realizaban actividades específicas para hombres o mujeres, mientras que en las tres instituciones restantes se realizaban actividades específicas tanto para hombres como para mujeres.

327. De lo anterior, se desprende que ninguna de las instituciones planeaba la realización de actividades beneficiando a las personas adultas mayores de un sexo.

328. En relación con este derecho no se encontró ninguna práctica o política llevada a cabo por las instituciones que pudiera generar preocupación; de hecho, en todos los aspectos tomados se obtuvo una valoración positiva.¹⁴⁵

➤ Centros de asistencia e integración social

329. En los centros de asistencia gubernamental se encontró lo siguiente: en dos de los centros (33%) no se realizaban actividades que tuvieran como finalidad incorporar a las personas adultas mayores a actividades económicamente productivas, y en los cuatro centros restantes (67%) se realizaban estas actividades tomando en cuenta las diferentes capacidades y condiciones de las personas adultas mayores, con la finalidad de que todas tuvieran oportunidad de participar, por lo que no se encontró alguna irregularidad en este sentido.

¹⁴⁴ En las cinco instituciones restantes esta valoración no fue realizada, ya que no contaban con dichos programas.

¹⁴⁵ Cabe señalar que la pregunta referente a las actividades específicas para las personas indígenas no se aplicó, toda vez que ninguna de las instituciones las tenía entre sus beneficiarias.

330. Respecto al segundo punto, se encontró que sólo un centro (17%) cumplía totalmente con tomar en cuenta la opinión de las personas beneficiarias para definir las actividades a realizar (culturales, deportivas, lúdicas, etc.); mientras que cuatro de los centros (67%) lo cumplía parcialmente, y el restante lo incumplía.

331. La falta de consulta a las personas adultas mayores para la definición de las actividades resulta preocupante, por lo siguiente: 1) limita considerablemente la posibilidad de que éstas se involucren en alguna actividad que pueda ser de su interés, lo cual podría ser benéfico para su estado anímico; 2) la exclusión, en este y otros rubros, puede llegar a provocar que éstas no se perciban como sujetos de derechos y, lo que es más grave aún, tengan una imagen negativa de sí mismas, al considerar que su opinión no tiene importancia; y 3) inhibe en éstas el deseo de manifestar sus necesidades, dudas y preocupaciones respecto del servicio asistencial del que son beneficiarias.¹⁴⁶

c) DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

➤ Instituciones de asistencia privada

332. Tras hacer la valoración correspondiente, se encontró que sólo una de las instituciones visitadas cumplía totalmente con la realización de actividades y/o programas encaminados a garantizar que las personas adultas mayores beneficiarias tuvieran una vida libre de violencia. De las instituciones restantes, 50% (cuatro) cumplía parcialmente y la otra mitad (cuatro) no cumplía.

333. En este caso, el análisis conjunto de las instituciones visitadas es poco alentador: 1) sólo una institución cumplía totalmente con el requisito de ofrecer algún tipo de tratamiento a las personas beneficiarias que habían padecido violencia, cuatro (44%) cumplían parcialmente, y las cuatro restantes no cumplían; 2) únicamente dos instituciones (poco más de 22%) cumplían totalmente con tener: informado y capacitado a su personal sobre qué hacer cuando se identificaba que una persona adulta mayor de nuevo ingreso presentaba características de violencia (cinco, que equivalían a 56%, lo hacían parcialmente y las dos restantes no cumplían) y contar con algún mecanismo para prevenir e identificar acciones de violencia en contra de las personas beneficiarias por parte de sus familiares (seis, correspondientes a 67%, cumplían parcialmente y la restante no cumplía); 3) sólo una tercera parte de las instituciones cumplía totalmente con el requisito de intervenir en favor de las personas adultas mayores cuando identificaba que eran objeto de violencia por parte de sus familiares (cinco, que equivalían a 56%, cumplían parcialmente y la restante no cumplía); 4) del mismo modo, únicamente tres instituciones (33%) cumplían totalmente con el requisito de contar con mecanismos para prevenir y, en su caso, corregir o sancionar acciones de violencia contra las personas beneficiarias por parte del personal y/u otras personas beneficiarias (una no cumplía y las cinco restantes, que equivalen a 56% de las instituciones, lo hacían de forma parcial).

➤ Centros de asistencia e integración social

334. En este sentido, la situación no es mejor en el caso de los centros de asistencia gubernamental. La valoración arrojó que ninguno de los centros realizaba actividades y/o programas que permitieran

¹⁴⁶ Toda vez que en ninguno de los centros se brindaba asistencia social a personas de ambos sexos, no se aplicaron las preguntas orientadas a determinar si había una diferenciación a partir del sexo para determinar las actividades a realizar. En cuanto a las personas indígenas, si bien algunos de los centros las tenían entre sus beneficiarias y no contaban con programas específicos para ellas, no se observó que en la planeación de las actividades se buscara excluirlas de forma alguna.

suponer que cumplía totalmente con la responsabilidad de garantizar a las personas adultas mayores una vida libre de violencia. La mitad de los centros cumplía parcialmente, mientras que la otra mitad no cumplía.

335. Al igual que en el caso de las IAP, la valoración conjunta causa preocupación: 1) sólo un centro (17%) cumplía totalmente con el aspecto de brindar algún tipo de tratamiento a las personas adultas mayores que habían sido víctimas de violencia, otro no cumplía y, el resto de los centros (67%) cumplían parcialmente; 2) únicamente una tercera parte de los centros (33%) cumplía totalmente con el hecho de que su personal supiera qué hacer cuando identificaba que una persona beneficiaria de nuevo ingreso presentaba características de violencia, el resto (67%) lo hacía parcialmente; 3) del mismo modo, sólo dos centros (33%) cumplían totalmente con tener algún mecanismo para prevenir y, en su caso, sancionar o corregir acciones de violencia hacia las personas beneficiarias por parte del personal u otros beneficiarios(as), mientras que otro (17%) no cumplía con este aspecto, y el resto de los centros (es decir, 50%) lo hacían de forma parcial; y 4) por último, ninguno de los centros cumplía totalmente con tener mecanismos para identificar acciones de violencia de los familiares y aplicar acciones para intervenir en favor de las personas adultas mayores frente a esta situación, cuatro (67%) lo hacían de forma parcial y dos (33%) no cumplían.

336. Respecto al último punto, si bien es cierto que la mayoría de los(as) beneficiarios(as) de los centros se encuentran en situación de abandono familiar, es importante advertir que esto no exime a los centros de su responsabilidad de contar con acciones específicas para atender esta problemática, particularmente, si tomamos en consideración que las personas adultas mayores pudieron haber requerido ser beneficiarias de asistencia debido a que padecían violencia intrafamiliar.

337. La falta de mecanismo para identificar el escenario descrito anteriormente puede provocar que los centros lleven a cabo gestiones para reincorporar a la persona adulta mayor a un hogar donde fue y podría seguir siendo víctima de violencia.

d) DERECHO A SER RESPETADAS EN SU PERSONA

➤ Instituciones de asistencia privada

338. En el caso de las IAP visitadas, se encontró que sólo una tercera parte cumplía totalmente con el aspecto de ofrecer apoyo psicológico y/o emocional a las personas adultas mayores en aras de promover entre éstas un nivel adecuado de autoestima, de 66% restante, 44% lo hacía de forma parcial, y 22% no cumplía.

339. Por lo que hace a las actividades realizadas con el objeto de promover una imagen positiva de las personas adultas mayores entre el personal, los y las beneficiarias y sus familiares, se observó que seis instituciones (67%) cumplían totalmente con este punto, mientras que dos (22%) cumplían parcialmente, y la restante no cumplía.

340. Es importante señalar que para definir las preguntas utilizadas al valorar este aspecto, se tuvo como premisa que la prevalencia de la concepción negativa tanto de la vejez como del envejecimiento propicia que las personas de los otros grupos de edad (más jóvenes, jóvenes, adultos) no traten con respeto a las personas adultas mayores, y que las personas de 60 años o más no tengan una valoración positiva de sí mismas y, en consecuencia, no actúen como sujetos de derechos y exijan respeto.

➤ Centros de asistencia e integración social

341. La valoración realizada en los centros de asistencia gubernamental arrojó que la mitad de éstos, es decir, tres, cumplían totalmente con el punto de brindar apoyo psicológico y/o emocional a las personas adultas mayores, y la mitad restante lo hacía de forma parcial.

342. En cuanto a las actividades para promover una imagen positiva de las personas adultas mayores, causó preocupación el hecho de que únicamente 33% de los centros cumplía con este aspecto, mientras que el resto, es decir 67%, no cumplía.

e) DERECHO A SER PROTEGIDAS CONTRA LA EXPLOTACIÓN

➤ Instituciones de asistencia privada

343. En seis de las nueve instituciones visitadas (67%), las personas beneficiarias realizaban de manera voluntaria actividades que generaban algún ingreso. De acuerdo con lo manifestado por sus autoridades, en cuatro de los casos (44%), los ingresos captados eran otorgados única y exclusivamente a las personas beneficiarias que participaban en dichas actividades y, en otro, administrados por la institución para favorecerlas en términos de calidad asistencial.

344. Por lo que hace a la institución restante, es importante advertir que en el marco de la entrevista no fue posible establecer el destino de los recursos generados. La directora de la institución refirió que se realizaban dos bazares al año (durante los meses de agosto y diciembre), donde se vendían algunos artículos que producían las personas beneficiarias; sin embargo, no tenía certeza sobre el destino final de los recursos generados por esta actividad.¹⁴⁷

345. En cuanto al segundo asunto se encontró que en 44% de las instituciones visitadas (cuatro) las personas adultas mayores participaban de forma voluntaria en labores de mantenimiento y/o actividades operativas, por lo que no se incidía de forma negativa en su derecho a ser protegidas en contra de la explotación.

346. Por último, las autoridades de todas las instituciones donde las personas adultas mayores participaban en actividades que generaban algún ingreso, operativas o de mantenimiento manifestaron que para determinar tal participación se tomaban en cuenta sus capacidades y condiciones, de modo tal que no les implicaba un riesgo.

➤ Centros de asistencia e integración social

347. En 83% de los centros visitados (cinco), las personas adultas mayores participaban de forma voluntaria en actividades que generaban algún ingreso, según la información dada a conocer por su personal administrativo. En 50% de los centros, una parte de los ingresos captados era otorgada a las personas adultas mayores que participaban en las actividades, y la restante era administrada por el centro en aras de favorecer la calidad asistencial.

¹⁴⁷ De acuerdo con información proporcionada por la JAPDF, de forma posterior a la realización de la visita, la falta de certeza de la directora en relación con el destino de los recursos podría deberse a que ésta tenía sólo una semana al frente de la institución.

348. En uno de los centros también se otorgaba una parte de los ingresos a las personas adultas mayores que participaban; sin embargo, la gran mayoría de éstos se destinaba a favorecerlas por medio del servicio asistencial.

349. Ahora bien, en cuanto al segundo punto se encontró que en 67% de los centros (es decir, en cuatro), las personas adultas mayores participaban en labores de mantenimiento y/o actividades operativas. De acuerdo con la información proporcionada, en todos los casos, la participación era voluntaria, por lo que no implicaba una vulneración al derecho analizado.

350. Por último, de la entrevista realizada se desprende que en la mitad de los centros se cumplía totalmente con el requisito de tomar en consideración las capacidades y condiciones de las personas adultas mayores beneficiarias, para determinar su participación en las actividades que generaban algún ingreso, de mantenimiento u operativas; mientras que en la mitad restante se cumplía parcialmente.

351. Se consideró que los centros cumplían parcialmente con tal requisito cuando sus autoridades manifestaron que no siempre tomaban en cuenta las capacidades y condiciones de las y los beneficiarios, para permitirles participar en las actividades y/o programas.¹⁴⁸

f) DERECHO A RECIBIR PROTECCIÓN

➤ Instituciones de asistencia privada

352. De la valoración a las IAP visitadas se desprendió que dos terceras partes de éstas cumplían parcialmente con su responsabilidad de incidir positivamente en el respeto, goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores beneficiarias a recibir protección, mientras que la tercera parte restante cumplía totalmente.

353. En general se observaron buenas prácticas en este sentido, basta recoger algunos datos del análisis conjunto para dar cuenta de ello: 1) cerca de 78% de las instituciones (siete) cumplían totalmente con canalizar a las personas beneficiarias a las dependencias públicas competentes cuando así lo requerían, sólo una no cumplía y la restante cumplía parcialmente; y 2) seis de las instituciones, es decir, dos terceras partes, cumplían totalmente con el punto de difundir entre las personas adultas mayores beneficiarias, sus familiares y el personal, información de prevención y cuidado respecto de las primeras, dos (22%) cumplían parcialmente y sólo una no cumplía.

354. Aunado a lo anterior, cabe rescatar algunas de las acciones positivas que en este sentido se realizaban en las instituciones, de acuerdo con lo manifestado por sus autoridades: una de las instituciones contaba con un área específica encargada de brindar apoyo a las personas beneficiarias para que realizaran diferentes gestiones legales; en varias instituciones el área de trabajo social brindaba apoyo a las personas adultas mayores para que realizaran diversas gestiones de tipo legal; en algunas instituciones se brindaba acompañamiento a las personas adultas mayores en la realización de diversos trámites; y otras instituciones apoyaban a las personas adultas mayores para que tramitaran la pensión que otorga el gobierno capitalino.

¹⁴⁸ En uno de los centros se observó que un beneficiario en silla de ruedas realizaba la limpieza del área de baño. Esto representaba un riesgo para su seguridad, en especial, considerando que había una gran cantidad de agua en el piso y esta área no contaba con piso antiderrapante.

355. No obstante, es importante señalar que se observó una debilidad sustancial: sólo una tercera parte de las instituciones visitadas (tres) cumplía totalmente con realizar actividades que promovían la convivencia entre las personas adultas mayores beneficiarias, sus familiares y la comunidad; 56% (cinco) lo hacían de forma parcial y la restante no cumplía.

356. Este punto resulta trascendental porque que la falta de promoción de esta convivencia no sólo reduce la posibilidad de que las personas adultas mayores cuenten con apoyo familiar para estar protegidas, sino que vulnera su derecho a mantener relaciones personales y contacto directo con su familia aún en el caso de estar separados (tal como lo establece el inciso *b*) del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas).

➤ Centros de asistencia e integración social

357. En este sentido, la valoración respecto de los centros de asistencia gubernamental dista de ser alentadora: sólo uno de los centros (17%) cumplió totalmente con la realización de acciones encaminadas a la salvaguarda de este derecho, y lo que es más preocupante, de los centros restantes, cuatro (67%) no cumplieron y sólo uno cumplió parcialmente.

358. El resultado es preocupante: 1) sólo un centro (17%) cumplía totalmente con difundir información preventiva y de cuidado respecto de las personas adultas mayores entre su personal, las personas beneficiarias y sus familias; el resto de los centros no cumplía (83%); y 2) del mismo modo, únicamente un centro cumplía totalmente con realizar actividades para promover la convivencia entre las personas adultas mayores beneficiarias, sus familiares y la comunidad; de los centros restantes, uno cumplía parcialmente y los demás (67%) no cumplían.

359. A pesar de lo anterior, cabe señalar que se encontró un aspecto positivo: con excepción de uno de los centros (que cumplía parcialmente), todos los demás cumplieron totalmente con el requisito de canalizar a las personas beneficiarias cuando así lo requerían a las dependencias públicas competentes.

360. Por otro lado, vale la pena señalar que la aplicación de estas preguntas evidenció el grado de vulnerabilidad de las personas adultas mayores beneficiarias de los centros. En el marco de las entrevistas, personal de los diferentes centros manifestó que casi nunca llegaban a tener información sobre los familiares de las personas adultas mayores, ya que, la inmensa mayoría de éstas padecía abandono familiar; existía una negativa expresa de la familia o de la o el beneficiario(a) para establecer contacto y, en la mayoría de los casos, sólo se llegaba a establecer contacto con la familia tras el fallecimiento de la persona adulta mayor, con la finalidad de entregarles el cuerpo.

g) DERECHO A GOZAR DE OPORTUNIDADES

➤ Instituciones de asistencia privada

361. La valoración de las IAP respecto a este rubro causó preocupación: ninguna de las instituciones visitadas cumplía totalmente con la realización de actividades que incidieran positivamente para que las personas adultas mayores pudieran gozar de oportunidades; lo que es peor, cinco de las seis instituciones (56%) no cumplían con este aspecto, y las cuatro restantes (44%) cumplían parcialmente.

362. Para dar cuenta de lo anterior, basta apuntar lo siguiente: 1) sólo una institución (11%) cumplía totalmente con el aspecto de promover la alfabetización y educación, tres (33%) cumplían parcial-

mente y, el resto (56%) no cumplían; 2) del mismo modo, sólo una institución cumplía totalmente con tener un programa o convenio con instituciones públicas de salud,¹⁴⁹ cuatro (44%) cumplían parcialmente y el resto (44%) no cumplía; 3) sólo dos instituciones (22%) cumplían totalmente con capacitar a las personas adultas mayores para que aprendieran alguna técnica u oficio que les permitiera contar con ingresos propios,¹⁵⁰ dos lo hacían de forma parcial, dos no cumplían;¹⁵¹ 4) únicamente una tercera parte cumplía totalmente con facilitar que las personas adultas mayores ejercieran sus derechos, cuatro (44%) no cumplían y dos (22%) lo hacían parcialmente; 5) menos de la mitad (cuatro) cumplían totalmente con promover que las personas beneficiarias tuvieran conocimiento de sus derechos, cuatro lo hacían de forma parcial y una no cumplía; y 6) únicamente una tercera parte cumplía totalmente con facilitar que las personas beneficiarias ejercieran sus derechos, 44% (cuatro) no cumplían y 22% (dos) lo hacían de forma parcial.

➤ Centros de asistencia e integración social

363. En el caso de los CAIS, la situación es más grave; tras hacer la valoración no se encontró que alguno cumpliera total o parcialmente con la aplicación de acciones que incidieran positivamente para que las personas adultas mayores pudieran gozar de oportunidades, es decir, todos los centros incumplieron este rubro.

364. La dimensión del problema es más evidente si se observa el análisis conjunto: 1) en ninguno de los centros se cumplía total o parcialmente con la promoción de la alfabetización y/o educación; 2) sólo dos de los centros (33%) cumplían uno total y otro parcialmente, con promover algún tipo de capacitación que permitiera a las personas adultas mayores tener un ingreso propio; 3) únicamente dos de los centros (33%) cumplían parcialmente con tener expresamente plasmado en su objeto estatutario brindar servicio asistencial a personas adultas mayores,¹⁵² y los restantes (67%) no cumplían; 4) sólo un centro (17%) cumplía totalmente con tener un programa y/o convenio con instituciones de salud, en aras de garantizar atención a las personas adultas mayores beneficiarias, dos de los centros restantes (33%) cumplían parcialmente, y el resto (50%) no lo hacía; y 5) ninguno de los centros cumplía totalmente con promover entre las personas beneficiarias el conocimiento de sus derechos, cuatro (67%) lo hacían parcialmente y dos (33%) incumplían con este fin.

365. En este rubro sólo se identificó una buena práctica: la totalidad de los centros cumplía totalmente con facilitar que las personas beneficiarias ejercieran sus derechos.

¹⁴⁹ En torno a los convenios con las instituciones de salud, es importante explicar que fue incluido aun cuando las instituciones (centros o asociaciones) no están obligadas a ofrecer servicios de salud pues, deben garantizar que las personas beneficiarias que así lo requieran puedan acceder a ellos. Esto, particularmente en el caso de las personas adultas mayores que no tienen contacto con sus familiares, o de aquellas que tienen escasos recursos, pues ambos elementos disminuyen su posibilidad de acceder oportunamente a los servicios de salud que su condición requiere.

¹⁵⁰ Se consideró importante incluir este asunto, independientemente de que no exista un fundamento que obligue a las instituciones, centros o asociaciones a realizar dicha actividad, puesto que ésta coloca a las personas beneficiarias en una condición de mayor seguridad económica, y es trascendental porque permite el ejercicio de otros de sus derechos.

¹⁵¹ En las dos instituciones restantes esta pregunta no aplicó porque las personas beneficiarias contaban con recursos suficientes para ejercer el resto de sus derechos.

¹⁵² Respecto de por qué fue incluido como elemento positivo el hecho de que estuviera plasmado en el objeto estatutario de las instituciones, asociaciones o centros, brindar servicio asistencial a personas adultas mayores, cabe señalar que se consideró que éste aumentaba la posibilidad de que las personas beneficiarias contaran con los espacios arquitectónicos, la infraestructura y los servicios que requieren debido a su condición de adultas mayores.

b) DERECHO A VIVIR EN ENTORNOS DIGNOS, DECOROSOS Y SEGUROS

➤ Instituciones de asistencia privada

366. Tras realizar la valoración se determinó que cuatro de las nueve instituciones visitadas (44%) cumplían parcialmente con procurar la seguridad del entorno, tres (33%) lo hacían de forma total y las dos restantes (equivalentes a poco más de 22%) no cumplían en este asunto.

367. De la valoración conjunta se desprendió lo siguiente: 1) cuatro instituciones (44%) cumplían totalmente con tener un programa o comité de protección civil, tres (33%) lo hacían de forma parcial y las dos restantes (22%) no cumplían; 2) siete instituciones, que representan cerca de 78%, cumplían totalmente con tener vigilancia en el inmueble las 24 horas del día, y las dos restantes no cumplían con este fin; y por último, 3) seis instituciones (67%) cumplían totalmente con tener un instrumento que les permitiera identificar si la seguridad de las personas beneficiarias se encontraba en riesgo, dos lo hacían de forma parcial (22%) y la institución restante no cumplía.

➤ Centros de asistencia e integración social

368. Respecto a la realización de acciones para brindar el servicio asistencial en un entorno seguro, los centros de asistencia del gobierno capitalino arrojaron un saldo negativo: sólo uno de ellos (17%) cumplió parcialmente con este fin, y el resto (83%) lo incumplieron.

369. Al igual que en otros casos, si se observan los detalles, es más evidente el problema: 1) ninguno de los centros cumplía parcial o totalmente con tener un instrumento que permitiera identificar si la seguridad de las personas beneficiarias se encontraba en riesgo, sólo uno lo hacía de forma parcial y 83% restante no lo hacía; y 2) sólo uno de los centros cumplía totalmente con tener un programa y/o comité de protección civil, el resto (83%) no cumplía ni siquiera parcialmente con esta necesidad.

370. No obstante lo anterior, se encontró una buena práctica en este sentido: cinco de los seis centros (83%) cumplían totalmente con tener vigilancia las 24 horas del día y el restante lo hacía de forma parcial.

2. Espacios e instalaciones

371. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, la prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir, entre otras cosas, alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por las personas adultas mayores con la finalidad de que lleven una vida digna, segura y productiva.

372. En aras de verificar que el servicio asistencial a las personas adultas mayores se brindara en lugares dignos, decorosos y seguros, se crearon cinco guías de observación que buscaron valorar las condiciones de limpieza y mantenimiento; así como la infraestructura y el mobiliario de las diversas áreas que conforman los centros, asociaciones e instituciones.

373. A continuación, se da cuenta de los resultados obtenidos de la aplicación de estas guías de observación.

a) ÁREA DE BAÑO

➤ Instituciones de asistencia privada

374. Las IAP evaluadas obtuvieron los siguientes resultados respecto al área de baño:

Limpieza

375. El área de baño de todas las instituciones de la JAPDF visitadas se encontró en buenas condiciones de limpieza. Es importante señalar que en ninguna de éstas se observó alguna de las deficiencias de limpieza tomadas en consideración para realizar la evaluación.

Mantenimiento

376. De las instituciones de la JAPDF visitadas, ciento por ciento contaba con áreas de baño en buenas condiciones de mantenimiento. Del total, cerca de 67% de las instituciones (seis) no tuvo alguna de las deficiencias valoradas y 33% (tres), sólo una, que en dos de los casos hacía referencia a la presencia de humedad en pisos, paredes y techos, y en el restante, a deficiencias en el funcionamiento del área de baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos).

Infraestructura y mobiliario

377. Del mismo modo todas las instituciones de la JAPDF visitadas tenían áreas de baño con buena infraestructura y mobiliario. Los(as) visitantes(as) encontraron que de la totalidad, cerca de 67% (seis) cumplía con los ocho aspectos positivos tomados en consideración; mientras que 33% (tres) no cumplía con uno: en dos de los casos hace referencia a la falta de pisos antiderrapantes en el área de regadera, y en otro, a la falta de regaderas de teléfono.

➤ Centros de asistencia e integración social

378. Respecto al área de baño de los CAIS se encontró:

Limpieza

379. En ninguno de los seis CAIS visitados el área de baño tenía buenas condiciones de limpieza; en sólo uno de ellos (17%) las condiciones eran regulares; mientras que en el resto (83%) eran malas. A excepción de uno de los CAIS, donde sólo se encontraron encharcamientos y residuos en las paredes, el área de baño de todos los centros carecía de las condiciones mínimas de limpieza para garantizar la salud de las personas beneficiarias.

380. La magnitud del problema es evidente: en poco más de 83% de las áreas de baño (cinco) se encontraron encharcamientos (de agua y orines), olores perniciosos y residuos en las paredes (fecales y/o alimentos); cerca de 67% (cuatro) presentaban basura en los pisos; y en 50% (tres) se observó presencia de fauna nociva o restos de la misma.

381. En torno a las condiciones de limpieza del área de baño resulta importante destacar que, aunado a lo anterior, los(as) visitantes(as) dieron cuenta de lo siguiente: ninguna de las áreas de baño cuenta con botes destinados para el depósito de basura ni con papel higiénico (en uno de los CAIS se observó papel periódico que había sido utilizado en sustitución del higiénico); la mayoría de los escusados se encontraron tapados (en uno de los CAIS había residuos de comida en uno de los mingitorios); los olores perniciosos eran tales que dificultaban la realización del recorrido; había presencia de encharcamientos de orines en los pisos; la basura encontrada en el área no se limitaba al papel utilizado para la

limpieza anal y/o genital (en uno de los CAIS se encontraron plásticos, comida e incluso ropa); y en la mayoría de los centros se detectaron residuos fecales en las paredes (en dos de los CAIS se encontraron residuos fecales incluso en el área de regadera y en las coladeras).

382. Por otro lado, respecto de esta área, un problema que causó gran preocupación a lo largo de las visitas realizadas a los centros, fue la falta de agua tanto para el drenado de los escusados como para el aseo personal de las y los beneficiarios (lavamanos y regaderas).

Mantenimiento

383. De los seis CAIS visitados, cuatro, que representan cerca de 67%, se encontraron en malas condiciones de mantenimiento y el resto, es decir 33%, en condiciones regulares.

384. Si se realiza una valoración conjunta, es indudable que las condiciones de mantenimiento eran insuficientes: en todos los baños de los centros se notaron deficiencias en el funcionamiento (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorios y/o lavamanos) y presencia de humedad (pisos, paredes y techos); en la mitad de los centros se encontraron paredes sin recubrimiento y cableado visible; y en cerca de 67%, los pisos del área de baño se encontraban sin recubrimiento o con accidentes.

385. La falta de mantenimiento repercute indudablemente en el bienestar y la calidad de vida de las personas beneficiarias, si tomamos en cuenta que las fallas en el drenado propician condiciones insalubres que constituyen un riesgo potencial para su salud, por un lado y por el otro, que los pisos sin recubrimiento o con accidentes, así como el cableado visible, representan un riesgo para su seguridad (pueden ocasionar accidentes).

Infraestructura y mobiliario

386. Por último, en la infraestructura y el mobiliario del área de baño se observó que únicamente uno de los centros (17%) contaba con buena infraestructura y mobiliario; mientras que 67% (cuatro) tenía infraestructura y mobiliario regulares, y el restante se encontraba en malas condiciones, ya que únicamente cumplió con tres de los siete factores tomados en consideración para dicha evaluación.

387. Además de la información referida, los(as) visitadores(as) resaltaron los siguientes elementos relativos a la infraestructura y el mobiliario de los CAIS: 1) el piso del área de baño era resbaloso y, por lo tanto, inadecuado, en especial, considerando que un porcentaje elevado de la población adulta mayor enfrenta problemas para trasladarse; 2) el número de escusados y mingitorios no era suficiente para cubrir las necesidades de las personas beneficiarias, y esta situación se agrava si tomamos en cuenta que en todos los centros se encontraron deficiencias en su funcionamiento; 3) en dos de los centros se observaron ocho brazos para regadera; sin embargo, sólo tres y cuatro, respectivamente, tenían regadera; y 4) en dos de los centros se observó que ante la falta de regaderas, las personas beneficiarias eran bañadas con una manguera.

388. No obstante lo anterior, es importante rescatar que en casi la totalidad de los centros se encontraron dos factores positivos que resultan primordiales en materia de accesibilidad y servicio asistencial para personas adultas mayores: 83% de los baños, es decir, cinco de seis, contaron con pasamanos; y la totalidad tiene dimensiones adecuadas (puerta y regadera amplias) para garantizar el acceso y el uso del área de baño por las personas adultas mayores con discapacidad.

b) ÁREA DE COCINA

➤ Instituciones de asistencia privada

389. Las IAP evaluadas obtuvieron los resultados siguientes respecto al área de cocina:

Limpieza

390. En ocho de las IAP valoradas, que representan cerca de 89%, el área de cocina se observó en buenas condiciones de limpieza. Cabe señalar que en ninguno de estos casos se encontró alguno de los elementos negativos tomados en consideración, por lo que estas instituciones obtuvieron la calificación máxima.

391. En la institución restante (11%), las condiciones de limpieza fueron regulares, pues contaba con dos de los aspectos negativos tomados en cuenta: presencia de fauna nociva o restos de ella y presencia de residuos en las paredes.

Mantenimiento

392. Respecto a las condiciones de mantenimiento del área de cocina se encontró que cerca de 89% de las instituciones (ocho), fueron buenas. Estas instituciones obtuvieron la calificación máxima, pues en ninguna de ellas se encontró alguno de los aspectos negativos referidos para la evaluación.

393. El área de cocina de la institución restante (11%) se observó en condiciones de mantenimiento regulares, pues presentaba humedad y goteras en las instalaciones hidráulicas.

Infraestructura y mobiliario

394. En cuanto a la ventilación e iluminación artificial suficientes en el área de cocina, se encontró que: ocho de las nueve instituciones valoradas cumplían con ambos aspectos y la restante no contaba con ventilación.

➤ Centros de asistencia e integración social

395. En torno al área de la cocina de los Centros de Asistencia e Integración Social se observó:

Limpieza

396. Sólo en uno de los centros (17%) la cocina se encontró en buenas condiciones de limpieza; en tres de ellos (50%) esta área se observó en condiciones de limpieza regulares; mientras que en los dos restantes (33%), el área se encontró en malas condiciones.

397. En este ámbito, la valoración conjunta de los centros causó preocupación, entre otras cosas porque en cerca de 67% de los casos (cuatro) no había contenedores en el área de cocina para la basura acumulada; se observó basura fuera del área destinada para su acopio y fauna nociva o restos de ella (cucarachas, moscas, etcétera).

398. Por otro lado, en torno a la limpieza de las áreas de cocina, llamó la atención además lo siguiente: 1) el personal encargado de la preparación y el manejo de los alimentos no usaba cofia, cubrebocas ni guantes; 2) en uno de los centros se observó que el inmobiliario utilizado para la elaboración de los alimentos presentaban oxidación; 3) en otro, el manejo de la loza y los utensilios de cocina no era adecuado ya que después de lavarlos los ponían a escurrir en rejillas asentadas sobre el piso y ello

impedía garantizar la higiene; 4) la precariedad de las condiciones de limpieza y el manejo inadecuado de la higiene de los alimentos se hicieron evidentes en uno de los centros, cuando al levantar la tapa de la cacerola donde se encontraba el arroz que ingerirían las y los beneficiarios se observó salir una cucaracha; y 5) en cuatro de los centros se encontraron cucarachas muertas y huevecillos de éstas en diferentes espacios de la cocina, particularmente en las parrillas de las estufas.

399. No obstante, es importante destacar que a pesar de la insuficiencia de recursos (materiales y humanos) que enfrentan los centros asistenciales, así como del nivel de demanda del servicio (en tres de los centros se cocina tres veces al día para una población de entre 300 y 400 personas beneficiarias, y en uno de ellos, dos veces al día para una población de poco más de 500), de la observación llevada a cabo por los(as) visitadores(as) se desprende que el personal realiza esfuerzos encaminados a mantener las condiciones de limpieza mínimas en el área destinada a la preparación de los alimentos.

Mantenimiento

400. Ninguna de las áreas de cocina de los centros visitados se encontró en buenas condiciones de mantenimiento. Sólo 33% de las áreas de cocina tenían condiciones de mantenimiento regulares, al presentar sólo dos de los seis¹⁵³ aspectos negativos valorados; mientras que el resto, es decir, cerca de 67% (cuatro) se observaron en malas condiciones de mantenimiento.

401. El análisis conjunto de los centros arrojó que la totalidad presentaba problemas de mantenimiento en las instalaciones hidráulicas, 83% de las áreas de cocina tenía cableado visible, cerca de 67% padecía problemas de humedad en pisos, paredes y/o techos, mientras que en 50% se encontraron pisos sin recubrimientos o con accidentes. Tanto el cableado visible como la falta de recubrimiento o accidentes de los pisos representan un riesgo para la seguridad, tanto del personal que colabora en el área, como de las personas beneficiarias que acceden a ella.

402. En el caso de uno de los centros, aunado a lo anterior, se encontró que los refrigeradores estaban descompuestos; por lo que se utilizaban enfriadores para conservar los alimentos percederos. Esta sustitución no garantizaba un adecuado almacenamiento de alimentos en periodos largos, pues los enfriadores son útiles únicamente para alimentos que requieren refrigeración a mediana temperatura (refrescos, leche), y no así, para almacenar alimentos que requieren temperaturas más altas o inclusive congelación (vegetales, carne roja, pollo, pescado).

403. Por otra parte, el marco de las visitas se observaron situaciones relacionadas con la seguridad de las personas beneficiarias y el personal que labora en los centros, que causaron preocupación a esta Comisión. Para dar cuenta de ello, basta citar un ejemplo: en una de las visitas realizadas, mientras se efectuaba el recorrido del área de cocina, uno de los beneficiarios (con problemas de salud mental) entró al área y tomó un cuchillo y un martillo que se encontraban sobre la mesa destinada a la preparación de los alimentos; sin embargo, tras percatarse que los visitadores lo observaban, los colocó nuevamente sobre la mesa y salió del lugar.¹⁵⁴

¹⁵³ En el caso de los CAIS, no se tomó en consideración el aspecto que hace referencia a las deficiencias en el funcionamiento del baño porque ninguna de las cocinas de los centros contaba con él. Por ello, la valoración se redujo a la estimación de seis elementos.

¹⁵⁴ En el caso de este centro, la situación es particularmente más delicada, si tomamos en cuenta que su población está conformada por hombres de 18 años o más con problemas de salud mental. Es decir, para una gran parte de las y los beneficiarios esta área representa un riesgo en sí misma, por lo que es indispensable restringir el acceso.

404. Lo anterior evidencia la necesidad de que las autoridades administrativas de los centros promuevan la aplicación de medidas que garanticen la seguridad tanto del personal que trabaja en el área como de las personas beneficiarias que acceden a ella. Esto, considerando en primer lugar que: los utensilios utilizados en el área (cuchillos, tenedores, etc.), aparatos electrodomésticos (licuadoras, rebadoras, etc.) y parrillas o estufas representan un riesgo para las personas beneficiarias que no están en posibilidad de manipularlos adecuadamente; y enseguida, la precariedad en el mantenimiento, en especial, la falta de recubrimiento en los pisos o los accidentes de los mismos, pueden ocasionar accidentes (entre ellos, quemaduras al tropezar al momento de manejar alimentos a altas temperaturas o caídas).

Infraestructura y mobiliario

405. Por lo que hace a los dos aspectos observados en torno a la infraestructura, se encontró que 83% de los centros contaba con ventilación adecuada en el área de cocina, mientras que 50% tenía iluminación artificial suficiente para desempeñar las tareas propias del área. En este rubro, sólo dos de los centros contaron favorablemente con ambos elementos.

c) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO DEL INMUEBLE EN GENERAL

➤ Instituciones de asistencia privada

406. Respecto a este rubro se encontró que cerca de 78% de las IAP (siete) contaban con buena infraestructura y mobiliario; de éstas, cerca de 86% (seis) cumplían con todos los factores tomados en consideración para la evaluación; mientras que 14% no cumplió sólo con uno de los elementos: contar con consultorio y/o sala de observación.

407. Las dos instituciones restantes (22%) recibieron una calificación de regular en torno a la infraestructura y el mobiliario en uno de los casos, porque no contaba con pasamanos en las escaleras ni con rampas, y en el otro, porque carecía de pasamanos en las escaleras y no fue posible demostrar que la cisterna y/o tinaco tenía agua al momento de la visita.¹⁵⁵

408. Es importante precisar que, en el caso de las instituciones que sólo contaban con planta baja y además no evidenciaban dificultades para el traslado y acceso de las personas beneficiarias a las distintas áreas, no fue tomada en consideración la presencia de rampas al momento de realizar la evaluación. En este caso se encontraron únicamente tres de las nueve instituciones evaluadas.

➤ Centros de asistencia e integración social

409. De la valoración realizada a los centros se desprendió que el inmueble de 50% de ellos contaba con buena infraestructura y mobiliario, mientras que el inmueble de la mitad restante era regular.

410. Cabe rescatar los siguientes aspectos positivos: todos los centros contaron con lugares donde las personas beneficiarias pueden tomar el sol, así como con consultorio y/o sala de observación, mientras que 80% contaba con rampas para personas con discapacidad.

¹⁵⁵ Las y los visitantes encargados de verificar este factor estuvieron esperando por más de 20 minutos a que la persona encargada les mostrara si efectivamente la cisterna y/o tinaco tenía agua; sin embargo, ésta no llegó y debido a la dinámica de las visitas no fue posible esperar más tiempo.

411. Aun cuando de los aspectos tomados en consideración en la valoración realizada no se desprende que los centros tuvieran mala infraestructura y mobiliario, lo cierto es que en al menos dos de los casos, los inmuebles utilizados son inadecuados para brindar servicio asistencial a personas adultas mayores.

412. En el primer caso, el inmueble está compuesto por nueve edificios ubicados en diferentes áreas del predio. De éstos, cinco están destinados a la atención de las mujeres beneficiarias, entre las que se encuentran las adultas mayores.

413. Como resultado de la distribución de los edificios, las mujeres adultas mayores debían recorrer largas distancias –que no contaban con el acondicionamiento necesario para garantizarles un traslado seguro (pisos con accidentes, insuficiencia de rampas, falta de pasamanos)– para llegar al área de comedor o al consultorio.

414. Lo anterior resulta alarmante no sólo por el esfuerzo que implicaba a las beneficiarias el traslado, sino porque la dificultad para trasladarse o el miedo a sufrir algún accidente llegó incluso a ocasionar (de acuerdo con los testimonios recabados) que éstas no acudieran a las áreas referidas, aun cuando era indispensable para su salud.

415. Por otro lado, los edificios en los cuales pernoctaban las adultas mayores carecían de las condiciones necesarias para garantizar su seguridad, entre otras cosas, debido a que los pisos eran resbalosos, no se contaba con pasamanos en las escaleras, en algunas habitaciones no era posible abrir las ventanas o faltaban vidrios y en la parte superior de una de las puertas de los dormitorios había un vidrio que corría el riesgo de caerse.

416. En el otro de los centros existe una situación parecida, aunque no de la misma gravedad. Tanto el comedor como el consultorio se ubican lejos de las áreas del dormitorio de las y los beneficiarios adultos mayores y no hay los acondicionamientos necesarios para procurar un traslado rápido y seguro de los beneficiarios a dichas áreas.

417. En el primero de los casos, aunado a lo señalado, las adultas mayores enfrentan otro riesgo: la inseguridad. El predio utilizado es de gran dimensión, lo que impedía la presencia de personal o vigilancia en muchas de las áreas. A esto habrá que sumar el descuido de las áreas verdes, pues el pasto había crecido a tal nivel que impedía la visibilidad de algunas zonas.

418. Lo anterior ponía en riesgo a las mujeres adultas mayores de sufrir accidentes sin tener la posibilidad de ser asistidas, por un lado, y de padecer violencia por parte de las beneficiarias más jóvenes o con problemas de salud mental en las áreas sin vigilancia,¹⁵⁶ por el otro.

419. De hecho, en general el inmueble se percibe en condición de abandono e inseguro. A lo largo del recorrido se observó a varias beneficiarias (tanto adultas mayores como mujeres en edad adulta o jóvenes) en zonas poco seguras (por ejemplo en la parte trasera de los edificios) y muy alejadas de las áreas destinadas a la atención asistencial.

¹⁵⁶ En las entrevistas las beneficiarias de dicho centro refirieron que eran constantemente agredidas por otras beneficiarias más jóvenes o con problemas de salud mental.

420. Por otro lado, respecto a la infraestructura, ese centro enfrentaba un problema mayúsculo: no contaba con toma de agua.¹⁵⁷ El predio utilizado estaba conformado anteriormente por el centro y el deportivo, en el que se encontraba tanto la cisterna como la toma de agua. De este modo, si el deportivo no estaba en servicio (periodo vacacional), el centro no tenía la posibilidad de garantizar el abasto de agua para satisfacer las necesidades básicas de las beneficiarias, así como la higiene de las instalaciones; en particular, del área de baño y cocina.

d) MEDIDAS DE PROTECCIÓN CIVIL

➤ Instituciones de asistencia privada

421. Se encontró que sólo cerca de 45% de las instituciones (cuatro) contaba con buenas medidas de protección civil. Sin embargo, de éstas ninguna contaba con todos los factores valorados. En dos de los casos las salidas de emergencia no estaban funcionando, y en otros dos no existían señalamientos para ubicar lugares de resguardo ni sistema de detección de humo.

422. En poco más de 22% de las instituciones (dos), las medidas de protección civil fueron regulares al contar con siete de las tomadas en cuenta, mientras que en 33% (tres), las medidas de protección civil eran malas: dos de ellas sólo contaban con señalamientos para ubicar rutas de evacuación y extintores vigentes, y la restante únicamente tenía señalamientos para ubicar rutas de evacuación y qué hacer en caso de incendio o temblor, así como extintores.

423. De un análisis conjunto se desprende, entre otras cosas, lo siguiente: cerca de 89% de las instituciones (ocho) contaba con señalamientos para ubicar rutas de evacuación; el mismo porcentaje contaba con extintores, sin embargo, en una de las instituciones éstos habían caducado; en cerca de 78% (siete) existían señalamientos que indicaban qué hacer en caso de incendio o temblor y sistema de iluminación de emergencia; mientras que, en casi 56% (cinco) había sistema de alarma de emergencia sonoro y señalamientos para ubicar salidas de emergencia, sin embargo, en uno, dichas salidas no funcionaban.

424. Si bien es cierto que cerca de 70% de las instituciones presentaba medidas de protección civil aceptables, también lo es que se encontraron algunas debilidades sustanciales en esta materia: sólo en cuatro instituciones (44%) las salidas de emergencia funcionaban y únicamente dos (22%) tenían señalamientos para ubicar lugares de resguardo en caso de emergencia y sistema de detección de humo.

425. El hecho de que cerca de 60% de las instituciones no tuviera salidas de emergencia funcionando, representaba un fuerte riesgo, pues aun cuando existieran sistemas de alarma de emergencia (sonoro, de iluminación o humo), en caso de siniestro, no se podía garantizar la seguridad de los y las beneficiarias.

¹⁵⁷ Esto contraviene lo establecido en la NOM-167-SSA1-1997 que respecto a las instalaciones hidráulicas para la prestación de servicios asistenciales a menores y adultos mayores señala:

5.6.2.1 La instalación hidráulica deber reunir las características físicas, químicas y bacteriológicas para consumo humano y ser suficiente tomando en cuenta los siguientes elementos:

5.6.2.1.1 Toma de agua con tubería apropiadas según el consumo y equipo de medición reflujo.

5.6.2.1.2 Cisterna de almacenamiento de agua para tres días de acuerdo al gasto promedio diario.

➤ Centros de asistencia e integración social

426. Indudablemente, de la evaluación realizada, uno de los rubros que despertó mayor preocupación respecto a los centros de asistencia del gobierno capitalino fue la inexistencia de medidas de protección civil.

427. La situación es alarmante; tres de los centros sólo contaba con una de las medidas de protección civil tomadas en consideración para la evaluación, que era la existencia de extintores, empero ninguno de éstos se encontraba vigente. En pocas palabras; no había una sola medida de protección que buscara garantizar la seguridad de las personas beneficiarias.

428. De los centros restantes, en uno no se encontró ninguna medida y en los otros dos se encontraron dos y tres de ellas (el primero, relativas a la existencia de extintores¹⁵⁸ y el sistema de alarma de emergencia sonoro y el segundo, a la existencia de señalamientos para ubicar rutas de evacuación, salidas de emergencia¹⁵⁹ y lugares de resguardo).

429. En este rubro, habría que destacar además la situación de uno de los centros, que si bien es cierto no se encontraba particularmente en peores condiciones que el resto de los centros (en él se encontraron dos de las medidas de protección buscadas), sí presentaba problemáticas que acentuaban la gravedad de la falta de medidas de protección civil.

430. En este centro, la visita se realizó pocos días después de que el edificio destinado a las actividades administrativas sufriera un incendio. A pesar de que este accidente era reciente, las autoridades del centro no habían realizado ninguna acción encaminada a mejorar las medidas de protección civil existentes. Tan es así que el día de la visita, ninguno de los nueve extintores con que contaba el centro se encontraba vigente.

431. Aun cuando el siniestro únicamente dejó daños materiales, lo cierto es que el centro no contaba con las medidas necesarias para garantizar la seguridad tanto de su personal como de las personas beneficiarias.

432. En este caso, a la falta de medidas de protección¹⁶⁰ se suma la problemática de abasto de agua.¹⁶¹

¹⁵⁸ Sin embargo, el centro adolecía de la misma problemática que los otros, pues los extintores ya no estaban vigentes.

¹⁵⁹ No obstante, destaca que si bien las salidas de emergencia estaban señaladas, ellas no existían, pues el centro sólo contaba con una puerta de entrada y salida.

¹⁶⁰ Ese centro, al igual que el resto de los visitados, incumplía además con las siguientes disposiciones de la NOM-167-SSA1-1997 en materia de seguridad:

5.6.3.1 Diseño arquitectónico para desalojo del inmueble en caso de siniestro.

5.6.3.2 Prevención contra incendios de acuerdo con el Reglamento de Seguridad y Siniestros vigente en la entidad federativa o local.

5.6.3.4 Detectores de humo instalados en el techo y conectados a un tablero con indicadores luminosos, accesible para el personal indicado.

5.6.3.6 Sistema de alarma de emergencia sonoro, que se pueda activar mediante interruptor, botón o timbre estratégicamente colocado y accesible al personal.

5.6.3.7 Disponer de un sistema de iluminación de emergencia en las áreas de tránsito del personal y los usuarios.

¹⁶¹ En este sentido, de acuerdo con la NOM-167-SSA1-1997 las medidas de seguridad de los establecimientos destinados a la prestación del servicio asistencial a menores y personas adultas mayores, deben incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

5.6.3.3 Se debe contar con la capacidad necesaria de agua almacenada para el uso en caso de siniestros, atendiendo a lo que establezca el reglamento de bomberos.

433. Por último, cabe advertir que esta situación se agrava porque entre las personas adultas mayores beneficiarias de los centros predominan las que son semidependientes y en caso de siniestro, la mayoría requeriría de asistencia para salvaguardar su vida.

434. Lo anterior se puntualiza para ventilar la dimensión del problema, no obstante, aun cuando las personas adultas mayores beneficiarias fueran independientes, su condición de edad avanzada las sigue colocando en un estado de vulnerabilidad y riesgo especial en caso de siniestro.

e) ÁREA DE DORMITORIOS

➤ Instituciones de asistencia privada

Limpieza

435. De las nueve instituciones valoradas, ocho (89%) tenían áreas de dormitorio con buenas condiciones de limpieza y la restante estaba en condiciones regulares.

436. En ninguna de las ocho instituciones que obtuvieron buena calificación se observó alguna de las deficiencias en limpieza tomadas en cuenta para la valoración.

437. En cuanto a la institución restante, las deficiencias de limpieza encontradas fueron acumulación de polvo y olores perniciosos.

Mantenimiento

438. Todas las áreas de dormitorio de las IAP evaluadas se encontraron en buenas condiciones de mantenimiento, lo que es más, en ninguno de los casos se identificó alguna de las deficiencias que se valoraron.

Infraestructura y mobiliario

439. Ocho (89%) de las IAP evaluadas contaban en las áreas de dormitorios con baño. De éstas, siete contaban con buena infraestructura y mobiliario, y la restante tenía condiciones regulares, pues únicamente cumplía con siete de los requisitos.

440. Entre las instituciones que obtuvieron buena calificación, cerca de 43% (tres) cumplía con todos los aspectos referidos, y las cuatro restantes, sólo con nueve.

441. La única institución donde las áreas de dormitorio no contaban con baño, tenía infraestructura y mobiliario regulares porque sólo cumplía con cuatro de los requisitos.

442. Al analizar de manera conjunta las IAP, se observó que todas contaban con ropa de cama adecuada –la deficiencia más común fue la falta de impermeable, identificada en 33% de las instituciones–, mientras que cerca de 90% (ocho) contaba con ventilación, iluminación artificial suficiente y baño en la estancia, 100% de los baños contaba con pasamanos y dimensiones adecuadas para personas con discapacidad y 87% con regadera propia, que en todos los casos estaba equipada con pasamanos.

443. La mayor debilidad observada en este rubro fue la falta de alarmas médicas en las áreas de dormitorio, pues sólo tres de las nueve instituciones evaluadas contaban con ellas.

444. Por último, es importante mencionar que se observó una característica positiva en las instituciones visitadas: el bajo número de camas por estancia. Cerca de 67% de las instituciones (seis) cumplía con la especificación contenida en la NOM-167-SSA1-1997, según la cual, las casas hogar y albergues para personas adultas mayores deben comprender áreas de dormitorio individuales o grupales con no más de seis camas.

445. Una tercera parte de este 67% contaba con dormitorios individuales, lo que representa un aspecto positivo, pues permite, entre otras cosas, que la persona adulta mayor tenga un espacio personal privado. No obstante, cabe advertir que los dormitorios individuales representan un riesgo cuando no están equipados de forma tal que garanticen la seguridad de la persona beneficiaria (alarmas médicas, pasamanos en baños y regadera, pisos antiderrapantes, etcétera).

446. En este sentido habría que señalar que una de las dos instituciones con dormitorios individuales no contaba con timbres de cama (alarmas médicas) y ello ponía en riesgo la seguridad de sus personas beneficiarias, pues en caso de sufrir algún accidente que les impidiera salir de la habitación, no podrían solicitar auxilio.

➤ Centros de asistencia e integración social

447. La evaluación de las áreas de dormitorio de los centros de asistencia del gobierno capitalino, arrojó los resultados siguientes:

Limpieza

448. No se encontró una constante en este rubro; una tercera parte de las áreas de dormitorio de los centros analizados se encontró en buenas condiciones de limpieza, otra en regulares, y la restante en malas.

449. Respecto a la limpieza de las áreas de dormitorio de los centros, los(as) visitadores(as) dieron cuenta de lo siguiente: 1) los olores perniciosos en cerca de 67% de los dormitorios eran tan penetrantes que dificultaban la permanencia en la estancia, este problema que se observó de forma más aguda en los dormitorios de la población dependiente (postrada); 2) en uno de los centros, los beneficiarios sacudían las cobijas y al ser cuestionados al respecto refirieron que era para quitarles los piojos; 3) se observó que las personas beneficiarias acumulaban entre sus pertenencias ropa sucia y/o alimentos que provocaban la insalubridad del área; y 4) en el dormitorio de los beneficiarios postrados de uno de los centros había un espacio destinado al consumo de los alimentos (contaba con mesas y sillas); esto es insalubre considerando, por un lado, que la mayoría de los beneficiarios que se encontraban en el área presentaban problemas de incontinencia, por lo que había olores perniciosos, y, por otro, se observó que había gatos callejeros debajo de las mesas al momento de la ingesta de los alimentos y podría representar un perjuicio para la salud de los beneficiarios.

Mantenimiento

450. Se encontró que los dormitorios de tres de los centros (50%) se encontraban en malas condiciones; uno de ellos (17%) en condiciones regulares y los dos restantes (33%) se encontraron en buenas condiciones.

451. En este rubro, la deficiencia mayor que enfrentaban los centros era la presencia de pisos sin recubrimiento o accidentados. Cerca de 67% de las áreas de dormitorio tenían esta deficiencia y repre-

sentaba un riesgo latente para la seguridad de las personas adultas mayores beneficiarias, sobre todo considerando que 75% de estos centros no contaba con iluminación artificial suficiente en dicha área, lo que imposibilitaba un traslado seguro dentro de la estancia.

Infraestructura y mobiliario

452. Respecto a la infraestructura y el mobiliario del área de dormitorios, sólo uno de los centros se encontró en buenas condiciones; dos (33%) en condiciones regulares y la mitad restante, en malas.

453. El análisis conjunto es poco alentado: en general, los centros no contaban con áreas de dormitorio adecuadas para personas adultas mayores. Entre las deficiencias destaca la falta de ropa de cama adecuada y la ausencia de alarmas médicas.

454. El que en los dormitorios no hubiera ropa de cama adecuada (colchón, impermeable, sábanas, cobija y almohada) atentaba contra la dignidad de las personas adultas mayores, a quienes sólo se les proporcionaba una cobija para que pudieran cubrirse y dormían en una colchoneta plástica sin ningún tipo de recubrimiento. De los seis centros visitados, en cinco, las camas únicamente contaban con cobija, mientras que en el restante había cobija y almohada.

455. Por otro lado, la falta de ropa de cama adecuada podía incidir en la salud de las personas adultas mayores por lo siguiente: 1) la sustitución del colchón por una colchoneta, así como la falta de almohada, les impide descansar adecuadamente y les puede ocasionar problemas de columna, dolores de espalda y cuello, problemas de circulación, etc. y 2) la falta de impermeable –considerando que ninguno de los centros contaba con pañales para adulto– es un riesgo, especialmente para la salud de las personas que padecen incontinencia (expulsión involuntaria de la orina), quienes ante una descarga de orina durante la noche, tenían que dormir sobre una colchoneta mojada sin algún tipo de recubrimiento.

456. Además de la información recabada mediante la guía de observación, los(as) visitadores(as) observaron las siguientes irregularidades y/o deficiencias respecto de la infraestructura y el mobiliario: en uno de los centros había un bote como soporte de una cama; en otro, los beneficiarios dormían en literas o planchas de concreto (estilo literas), lo que es inadecuado considerando su condición de personas adultas mayores; y en otro más había beneficiarias adultas mayores que dormían en la planta alta, y para ascender a ésta, no contaban con las medidas de seguridad necesarias (pasamanos, pisos antiderrapantes en escaleras, etcétera).

457. Por último, es importante destacar que ninguno de los centros cumplía con la especificación referida contenida en la NOM-167-SSA1-1997 respecto al número de camas por estancia.

458. En algunos casos, el número de personas beneficiarias que pernoctaban por estancia era alarmante: en uno de los centros, debido a que las áreas de dormitorio estaban equipadas con literas o planchas de concreto (estilo literas), podían llegar a pernoctar por estancia hasta 100 personas, lo que indudablemente incidía en detrimento de la calidad de vida de los beneficiarios.

459. Si bien es cierto que tal centro exhibió las peores condiciones, también lo es que el exceso de personas beneficiarias por área de dormitorio era un problema común en los centros. En promedio dormían poco más de 30 personas por estancia, con un rango que iba de 13 personas beneficiarias por área dormitorio como mínimo, a 100 como máximo.

f) ÁREA DE COMEDOR

➤ Instituciones de asistencia privada

460. La evaluación de las áreas de comedor de las IAP arrojó los siguientes resultados:

Limpieza

461. El total de las IAP visitadas contaba con buenas condiciones de limpieza en el área destinada a la alimentación de las personas adultas mayores beneficiarias. De hecho, en cerca de 78% de las áreas de comedor (siete) no se encontró alguna de las deficiencias de limpieza consideradas para la evaluación y, en 22% restante, sólo se identificó una: la ausencia de contenedores para la basura acumulada.

Mantenimiento

462. En esta área, todas las instituciones ventilaron buenas prácticas. Sólo en una institución se encontró una de las deficiencias que en este ámbito fueron valoradas (presencia de humedad en pisos, paredes o techos), mientras que en el resto, que representa cerca de 89%, no se identificó una sola.

Infraestructura y mobiliario

463. De igual forma, todas las instituciones visitadas cumplieron con el requisito de un área de comedor con ventilación e iluminación artificial suficientes.

➤ Centros de asistencia e integración social

464. De la evaluación del área de comedor de los centros de asistencia gubernamental se desprendió lo siguiente:

Limpieza

465. En una tercera parte de los centros (dos) se encontró que el área destinada a la alimentación de las personas beneficiarias estaba en buenas condiciones de limpieza; en otra tercera parte, en condiciones regulares, y en la restante, en malas.

466. La falta de condiciones de limpieza que garanticen la salubridad de los espacios es por sí misma preocupante, sin embargo, en el caso del área del comedor lo es más, por ser el lugar donde las personas beneficiarias consumen sus alimentos y la falta de higiene en esta área representa un riesgo mayor para su salud.

Mantenimiento

467. La evaluación realizada arrojó lo siguiente: en cuatro centros visitados (cerca de 67%) se encontraron buenas condiciones de mantenimiento. Lo que es más, en la mitad de éstos no se encontró alguna de las deficiencias consideradas para la evaluación y en otro, sólo se identificó una: la presencia de humedad en pisos, paredes y techos.

468. Por el contrario, en el área de comedor de otro de los centros se encontró la mitad de las deficiencias de mantenimiento consideradas: cableado visible, presencia de humedad (pisos, paredes y techos), y paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera).

469. Por último, el área de comedor del centro restante se encontró en condiciones regulares de mantenimiento, al tener dos de las deficiencias tomadas en cuenta: la presencia de humedad (pisos, paredes y techos) y paredes sin recubrimiento.

Infraestructura y mobiliario

470. Respecto a los requisitos de contar con un área de comedor con ventilación e iluminación artificial suficientes, la mitad de los centros cumplieron con ambos aspectos, mientras que la otra mitad sólo cumplió con el de la ventilación.

471. Además, de lo referente a los indicadores contenidos en la guía de observación para esta área, los(as) visitadores(as) mencionaron lo siguiente en relación con la infraestructura y el mobiliario de los centros: 1) el comedor de uno de los centros tenía una capacidad (100 personas) considerablemente inferior al número de beneficiarias (aproximadamente 300), por ello, la ingesta de alimentos se dividía en tres turnos, por lo que las beneficiarias adultas mayores que no tenían posibilidad de acceder al comedor en la primera ronda permanecían formadas de pie a la intemperie por más de media hora;¹⁶² 2) los pisos del comedor, de otro de los centros, eran muy resbalosos lo que ponía en riesgo la seguridad de las personas adultas mayores beneficiarias, en especial tomando en consideración que estaban mojados y había basura sobre ellos; y 3) las sillas del área de comedor de todos los centros eran plásticas y no contaban con alguna especie de superficie acolchonada que permitiera garantizar la comodidad y la seguridad de las personas adultas mayores beneficiarias.

g) ÁREA DE VISITAS

➤ Instituciones de asistencia privada

472. De las nueve IAP visitadas sólo una no contaba con área de visitas. De acuerdo con lo informado por su directora, las visitas podían estar en cualquier espacio, particularmente en el jardín.

473. En el resto de las instituciones se encontró lo siguiente, tras realizar la evaluación:

Limpieza

474. Las ocho instituciones contaban con buenas condiciones de limpieza en el área de visitas, de hecho en 75% de éstas (seis) no se encontró ninguna de las deficiencias consideradas y en las dos instituciones restantes sólo se observó la ausencia de contenedores para la basura acumulada.

Mantenimiento

475. El área de visitas, en las ocho instituciones, fue encontrada en buenas condiciones de mantenimiento. En cerca de 78% de instituciones (siete), esta área no presentaba ninguna de las deficiencias de mantenimiento consideradas para realizar la evaluación, mientras que la restante únicamente contaba con una: la presencia de humedad en pisos, paredes y techos.

Infraestructura y mobiliario

476. Respecto a la ventilación e iluminación artificial suficientes en el área de visitas, se encontró que las ocho instituciones que la tenían cumplían con ambos requisitos.

¹⁶² Al respecto, las adultas mayores manifestaron que prefieren permanecer formadas porque si llegan tarde al comedor no les permiten ingresar y se quedan sin comer, por lo que prefieren permanecer formadas afuera del comedor. Esto coincide con la información proporcionada por una persona que colaboraba en las actividades de limpieza, quien refirió que ha visto llorar a las adultas mayores porque se quedan sin comer.

➤ Centros de asistencia e integración social

477. En los seis centros de asistencia gubernamental visitados se encontró que ninguno contaba con un área de visitas. De acuerdo con lo manifestado por el personal de estos centros, el área no existe porque la población beneficiaria está compuesta principalmente por personas que, previo a su ingreso, se encontraban en estado de abandono e indigencia.

478. Sólo en dos de los centros se preveía la utilización temporal de un espacio con este propósito; en el primer caso, el consultorio del psicólogo (compuesto por dos sillones en un espacio de aproximadamente nueve metros cuadrados) y, en el segundo, el área de trabajo social.

479. En tres de los centros, el personal manifestó que cuando las personas adultas mayores tenían alguna visita, la recibían en el jardín o en los pasillos.

480. Resulta importante señalar que la falta de un área específica para la estancia de visitas limita la posibilidad de que las personas adultas mayores interactúen con familiares, amigos o conocidos, en lugares óptimos.

481. Independientemente de la situación social de las personas adultas mayores beneficiarias (abandono familiar, indigencia, inmigrantes, etc.), los centros gubernamentales, al igual que las instituciones y asociaciones que les brindan asistencia están obligados a garantizar que ellas vivan en lugares donde puedan ejercer sus derechos, sobre todo el derecho a tener contacto directo con su familia, aun en caso de estar separados.

3. Entrevistas a las personas adultas mayores beneficiarias

a) DATOS GENERALES

482. La muestra inicial calculada comprendía 553 entrevistas a personas adultas mayores beneficiarias, que se aplicarían de la siguiente forma: 273 en IAP, 246 en CAIS y 33 en AC.

483. En el caso de las IAP sólo fue posible aplicar 269, es decir, se aplicaron cuatro entrevistas menos de las planeadas porque en una de las instituciones no fue posible recoger la muestra esperada, debido a que no se encontró el número suficiente de personas adultas mayores beneficiarias orientadas en tiempo y lugar, que pudieran contestar la entrevista.

484. Al igual que en el caso de las IAP, en las AC no fue posible aplicar el número de entrevistas planeado; debido a que las preguntas respecto a la percepción del servicio no correspondían al tipo de asistencia proporcionada por dos de las tres asociaciones visitadas. Debido a lo anterior, únicamente se aplicaron de forma completa 17 entrevistas.

485. En el caso de los CAIS, se recogió la muestra determinada, es decir, se aplicaron las 246 entrevistas.

486. En consecuencia, el análisis se limitó únicamente a las 532 entrevistas realizadas. Cabe recordar que esta muestra no incluye a personas beneficiarias de dos de los centros de asistencia gubernamental, debido a que su condición de salud (padecimientos de salud mental) no les permitía dar respuesta a las preguntas de la entrevista.

487. Respecto a la población que conformó la muestra, cabe rescatar los datos siguientes:

- *Sexo*. Se entrevistaron 255 hombres (48% de la muestra) y 277 mujeres (52% de la muestra).
- *Edad*. Las personas entrevistadas más jóvenes tenían 60 años (17 personas), mientras que la más longeva tenía 107 años. Con una frecuencia de 30, la edad más recurrente entre las y los entrevistados fue 80 años.

Por grupos quinquenales de edad la distribución de las personas entrevistadas fue la que se observa en el siguiente cuadro IV.1:

Cuadro IV.1 Edad de las personas adultas mayores entrevistadas en las IPAS, CASI y AC

Grupo quinquenal de edad	Número de personas entrevistadas
60-64	40
65-69	50
70-74	100
75-79	83
80-84	103
85-89	80
90-94	47
95-99	14
100 o más	1
Total^a	518

^a El total de las edades no corresponde al total de personas entrevistadas debido a que 14 de ellas no la especificaron.

- *Tiempo de estancia en la institución, asociación o centro*. Entre las personas adultas mayores entrevistadas, quien tenía menor tiempo siendo beneficiaria de la institución, centro o asociación, manifestó tener una semana de estancia; mientras que, en el extremo contrario, se encontraba una persona que refirió tener 32 años siendo beneficiaria. El tiempo de estancia más frecuente con 55 menciones, fue de dos años.

b) INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA

488. En los datos generales de las 269 personas adultas mayores entrevistadas en las IAP, se destaca lo siguiente:

- *Sexo*. Se entrevistaron un total de 73 hombres (27% de la muestra) y 196 mujeres (73% de la muestra).
- *Edad*. La persona entrevistada más joven tenía 60 años y la más longeva 107. Al igual que en la muestra total, la edad más recurrente entre las personas entrevistadas fue 80 años, con 20 menciones.

Por grupos quinquenales de edad, la distribución fue la que muestra el cuadro IV.2:

Cuadro IV.2 Edad de las personas adultas mayores beneficiarias en las IAP

Grupo quinquenal de edad	Número de personas entrevistadas
60-64	3
65-69	7
70-74	33
75-79	44
80-84	70
85-89	58
90-94	38

Cuadro IV.2 Edad de las personas adultas mayores beneficiarias en las IAP (*continuación*)

Grupo quinquenal de edad	Número de personas entrevistadas
95-99	9
100 o más	1
Total^a	263

^a El total de las edades no corresponde al total de personas entrevistadas, pues seis de ellas no la especificaron.

- *Tiempo de estancia en la institución.* La persona entrevistada con menor tiempo siendo beneficiaria de la institución tenía una semana y la persona con una estancia mayor tenía 32 años. El tiempo de estancia más común entre las personas entrevistadas con 24 menciones, fue de dos años.

➤ Alimentación

489. Respecto de la alimentación que les proporcionaban las instituciones se realizaron dos preguntas a las personas adultas mayores beneficiarias.

490. Con la primera pregunta se buscó saber si las personas beneficiarias consideraban que la porción de comida que les proporcionaban era suficiente. En este sentido, de las 269 personas entrevistadas, sólo 17 (6%) manifestaron que la comida no era suficiente; mientras que las 252 restantes (94%) manifestaron que sí era suficiente.

491. Se les preguntó, también, si comían únicamente los alimentos que les proporcionaba la institución con la finalidad de saber si las personas beneficiarias tenían la necesidad de adquirir alimentos extras debido, por un lado, a la insuficiencia de éstos y, por el otro, a que dichos alimentos no eran compatibles con los requerimientos que su estado de salud les exigía (particularmente, en el caso de algunos padecimientos como diabetes, hipertensión, gastritis, etcétera).

492. Al respecto, 200 personas adultas mayores (74%) refirieron que sí comían sólo los alimentos que les proporcionaba la institución, mientras que las 69 personas beneficiarias restantes (26%) señalaron que no comían únicamente los alimentos que les brindaba la institución.

493. En este rubro, es importante señalar que la inmensa mayoría de los testimonios recabados en el marco de las entrevistas confirmó la tendencia arrojada por los porcentajes, es decir, la mayoría de las personas adultas mayores beneficiarias refirieron estar satisfechas con la cantidad y el tipo de alimentos que las instituciones les otorgaban.

494. Sin embargo, también se recabaron algunos comentarios respecto a la inconformidad de las personas beneficiarias en relación con los alimentos que les proporcionaban las instituciones: falta de dietas especiales, comida con exceso de grasas, sales y lactosa, calidad deficiente de los alimentos.

➤ Trato por parte del personal

495. Respecto a las dos preguntas que buscaron recoger la opinión de las personas adultas mayores en relación con el trato que recibían por parte del personal de las instituciones, se encontró lo siguiente.

496. A través de la primera pregunta se buscó saber si la persona adulta mayor consideraba que el personal de la institución la trataba bien. Al respecto, 251 personas (93%), respondieron que sí; mien-

tras que 17 (poco más de 6%) refirieron que no. En este caso, sólo una persona (que representa cerca de 0.5%) no especificó su percepción.

497. Se les preguntó, si cuando tenían un problema el personal las ayudaba u orientaba para solucionarlo, a lo que 174 personas entrevistadas (cerca de 65%) manifestaron que sí, 87 (poco más de 32%) refirieron que no y ocho (cerca de 3%) no especificaron su percepción.

498. Al igual que en el caso anterior, las respuestas de las personas adultas mayores a las preguntas cerradas ventilaron que la percepción en torno al trato del personal es mayoritariamente positiva. De hecho, gran parte de los comentarios realizados en el marco de las entrevistas confirman esta percepción.

499. No obstante, en el marco de las entrevistas, cerca de 19% de las personas adultas mayores, hicieron comentarios que ventilaron los motivos de inconformidad respecto del trato que recibían del personal. Esto independientemente de que, en algunos casos, hubiera referido que el personal las trataba bien. Entre los comentarios que las y los visitantes recabaron, destacan los siguientes:

La persona que hace la limpieza es grosera. Se ha quejado con la madre de la actitud de la empleada y no hacen nada.

Son buenas en lo general, la tratan bien. Sólo hay una madre que es grosera con ella y cuando la ve le dice que se vaya de ese lugar.

Personal de intendencia y las que sirven la comida las tratan mal, son irrespetuosas, les gritan.

Considera que las monjas son prepotentes.

Son déspotas y no le tienen paciencia.

El personal cumple con su trabajo, aunque nota que no ayudan mucho a las personas discapacitadas.

Son déspotas y más el jardinero.

No puede hablar [responder a las preguntas] porque la castigan y hay personas muy chismosas que informan si hablan mal de la institución.

En una ocasión fueron bruscos [el personal que atiende], pero le dijo a la enfermera y los regañó. Son algo enérgicos.

Regular, debido a que algunas monjitas y el personal de limpieza no tienen respeto al anciano.

En general bien. Tiene en ocasiones problemas con el personal de intendencia, pues se enojan y le llaman la atención.

A ella sí la tratan bien, pero se ha dado cuenta que algunos compañeros son groseros y entonces el personal [las religiosas] los ignora.

Las madres las tratan bien, pero los jóvenes que hacen el aseo se desesperan y se enojan con ellas. No les tienen paciencia, no entienden su situación.

No me tengo que quejar... no me tengo que quejar.

No hay el respeto que debería... no puedo hablar.

Algunos [los tratan bien], otros son demasiado determinantes: “o haces esto o no te ayudan”.

Unas personas la tratan bien y otras no. Cuando la meten a bañar le han dado piquetes en los senos; eso la hace sentir muy mal porque no puede hacer nada, no tiene a donde ir.

Hay de todo y últimamente de regular para abajo, son bruscas las del servicio, no las madres.

Tienen sus ratos, pero se les pasa.

Más o menos: “luego se molestan con uno, pero también saben contestar”, las personas beneficiarias.

Hay enfermeras que no tienen vocación, humanidad, han llegado a ser agresivas con ella.

Sólo algunas tratan bien a la gente, pero por las circunstancias, la gente las tiene que tolerar.

Las madres son medio secas, no les hacen caso cuando ellas les hablan.

No pueden quejarse de ellas. No puede hablar de eso.

El personal de limpieza es grosero y los avientan cuando hacen el aseo.

A él sí lo han tratado bien, sin embargo, ha visto que a otros abuelitos les pegan los trabajadores de intendencia.

Las personas encargadas de hacer el aseo y servir los alimentos son groseras, no la tratan con respeto y agreden su dignidad.

La humillan, le dicen que está gorda y que debe dejar de comer.

Todo el personal lo trata bien, con excepción de una muchacha, quien le grita y le dice que se bañe rápido porque va a limpiar el baño.

El trato personal no es bueno. En repetidas ocasiones son maltratados por una muchacha muy joven que hace la limpieza.

500. El hecho de que las personas beneficiarias hayan referido que el personal las trataba bien y, posteriormente, hayan realizado comentarios que podrían ventilar lo contrario, resulta preocupante, porque muestra que éstas no consideraban inadecuadas algunas de las conductas referidas.

501. Aunado a lo anterior, 10% de las personas adultas mayores entrevistadas manifestó por qué consideraban que el personal no las ayudaba y orientaba cuando tenían un problema. Al respecto, los y las visitadoras refirieron las opiniones de personas adultas mayores beneficiarias:¹⁶³

El trato de algunas monjas no es el adecuado ya que los tratan de mala forma. En una ocasión él se cayó porque se le subió la presión y la madre no quiso levantarlo, y no dejó que otras personas lo ayudaran a levantarse. Se tuvo que poner de pie por sí mismo.

Mejor ella soluciona el problema porque si pide ayuda la acusan con la madre superiora y la regañan.

¹⁶³ Este porcentaje es inferior al de personas entrevistadas que refirieron que el personal no les brindaba apoyo u orientación, debido a que no todas las personas dijeron por qué contestaban en ese sentido.

No las ayudan, las regañan y amenazan con castigarlas. Solicita que esto no se dé a conocer porque la corren, y no tiene a donde ir.

El personal no le inspira confianza. “No les interesamos.”

Ayer acudió con una madre y le dijo que una trabajadora le pegó y no hizo nada. Nunca hacen algo.

Hay problemas de robo y las madres no han hecho nada... hay dos compañeros que les roban sus cosas. No tiene caso quejarse.

Cuando ha tenido un problema no habla con nadie, no les tiene confianza, y se ha sentido muy sola y deprimida porque no puede salir a la calle.

Nadie le hace caso, se burlan de ella.

Las enfermeras son groseras, pues sí le dan medicamentos pero de mala gana, se los avientan.

Se ha sentido deprimido por la edad, pero no se lo dice a nadie. A la gente que trabaja ahí no le interesa escuchar sus problemas.

El personal no está capacitado para ofrecer el servicio.

Las madres no están el fin de semana... se queda como encargado el policía. No hay nadie que resuelva los problemas. Cuando muere alguien en fin de semana, lo llevan a la capilla y ahí se queda hasta el lunes que les avisan a sus familiares para que vengan por el cuerpo.

La persona que lo baña lo talla muy fuerte, lo regaña.

Refirió que comúnmente personal de la cocina la trata un poco mal, le hablan como si estuvieran enojados. En algunas ocasiones se tarda en llegar a la hora que sirven y le dicen que ya no le servirán. Se queja con la enfermera y la acompaña para que le den su comida.

Desde hace varios días, la muchacha encargada del aseo de su cuarto le ha gritado y hasta la fecha no quiere tender su cama ni limpiar el cuarto; ella lo tiene que hacer.

502. De lo anterior se desprende que, si bien el común de los comentarios son positivos, las instituciones enfrentan algunas deficiencias para garantizar a las personas adultas mayores su derecho a vivir en un ambiente seguro y a tener una vida libre de violencia.

503. No se debe olvidar que la violencia conlleva el detrimento de la calidad de vida y del estado emocional de las personas beneficiarias, por lo cual, resulta impostergable efectuar acciones para superar las deficiencias que se encontraron en este rubro.

➤ Atención médica

504. De las 269 personas adultas mayores entrevistadas en las IAP, 223 (83%) refirieron que sí les proporcionaban atención médica, 43 (16%) señalaron lo contrario y tres (1%) no especificaron.

505. La mayoría de las personas que manifestaron no recibir atención médica de la institución, señalaron una de las siguientes causales: 1) no habían requerido la atención médica que proporcionaba la institución y 2) eran beneficiarias de instituciones de salud o contaban con los servicios de un médico particular por lo que, cuando requerían atención, no la solicitaban a la institución.

506. En cuanto al nivel de satisfacción por la atención médica que las instituciones proporcionan, la aplicación de las entrevistas arrojó que: 212 personas beneficiarias (cerca de 79%) se encontraban satisfechas; 50 (18.6%), no se encontraban satisfechas y siete no contestaron de forma específica.

507. Las respuestas ventilaron que la percepción de las personas adultas mayores sobre el servicio médico de las instituciones es, en la mayoría de los casos, positiva. No obstante, es importante rescatar algunos de los comentarios negativos recabados por los(as) visitantes(as), a fin de contextualizar los motivos por los cuales algunas personas beneficiarias no estaban satisfechas con el servicio médico que les otorgaban. Las y los visitantes refirieron las opiniones siguientes de las personas beneficiarias:

Las habitaciones no cuentan con alarmas médicas y no hay personal realizando recorridos. El día que [la beneficiaria] tuvo un accidente, nadie acudió a brindarle apoyo, así que se levantó hasta que pudo hacerlo por sí misma.

Por la noche tuvo mucho dolor de estómago y para calmarlo se oprimió el estómago. Hoy le pusieron fomentos de agua caliente, le dijeron que con eso se le va a quitar.

[La beneficiaria] tiene una herida en el pie, sin embargo, no ha recibido atención médica porque el doctor tiene un mes sin ir a la institución. La madre le hace curaciones y le dijo que fuera al jardín y pusiera la herida bajo el sol, que eso le calmaría el dolor [la entrevista se realizó en el jardín mientras la beneficiaria exponía su pie al sol].

Hace un año se cayó en el baño. El doctor no estaba en la institución y tuvo que esperar a que su sobrina fuera por él para llevarlo al hospital.

Tiene problemas con la vista. Le pidió gotas a la madre, pero ésta le dijo que no podía atenderla porque iba a almorzar.

Por las noches no hay quién las cuide o les brinde ayuda si tienen algún accidente. No tienen alarmas médicas en las habitaciones para solicitar ayuda en caso de urgencia. Se siente insegura en este lugar.

[La beneficiaria] estuvo dos días inconsciente, no sabía dónde estaba ni qué hacía hasta que vino uno de sus familiares para llevarla al doctor.

No le avisan cuando está el doctor y cuando lo busca no lo encuentra. No ha observado que trasladen a sus compañeros a un hospital externo.

Sí le dan atención, pero no la considera adecuada, ya que no las dejan tomar medicinas y como no hay doctores, es el personal de enfermería quien los atiende. El médico sólo acude dos veces por semana.

Sólo lo revisan superficialmente y no le dan medicamento. Padece de las piernas y les ha dicho, pero no lo atienden.

No tiene servicio médico y le gustaría tener para poder acudir cuando se sienta mal. La doctora de la institución no los visita y si se enferman tienen que esperar a que ella vaya.

Si alguien se siente muy grave no los llevan al hospital. Había un señor que tenía gangrena en una pierna; él murió hace siete años porque no lo llevaron a un hospital.

Hace poco tuvo una gripa fatal, pero la madre le dijo que no tenía medicina y que para eso usara su tarjeta del gobierno. Estuvo como 15 días enferma sin que le dieran medicina.

Hay dos médicos, pero sólo están los sábados. Regularmente quienes suplen la atención médica y regulan los alimentos son las madres. Ella a veces se atiende en el centro de salud porque como no hay médico en la semana, ella va por sus propios medios.

No lo atienden porque nunca hay médicos, más que un sólo día y cuando están no los revisan y sólo les dicen que tomen los medicamentos que les dan del exterior.

La revisión médica sólo es de palabra, pues no lo revisan. Él no cuenta con otro servicio médico; se tiene que aguantar.

Es muy mediocre la atención médica, pero sí atienden en emergencias.

Relativamente sí, porque no puede ponerse exigente, ya que la castigan si habla de más.

La doctora no los revisa, sólo les dan pastillas pero no les explican qué [enfermedad] tienen ni para qué son las pastillas.

A veces no le dan calmantes cuando tiene dolor.

Tiene más de ocho días que no viene la doctora, y por eso no recibe la receta para comprar su medicina.

Ahora les falla porque la doctora llega muy tarde y nada más atiende a uno o dos, y a veces no viene.

A veces no está el doctor, y cuando la atiende es muy enojón y se desespera rápidamente.

Porque la atención médica no existe, sólo hay médicos los sábados y únicamente atienden a las personas que son consentidas, el resto no puede acceder al consultorio.

Atienden a varias personas en un día y debido a eso no son atendidos con el tiempo necesario que se requiere para hacer la revisión.

Porque no ha visto al doctor y tiene un dolor muy fuerte en la pierna desde hace varios días.

508. Es importante señalar que la insuficiencia de personal para garantizar el servicio asistencial es grave en sí misma, pero en el caso del personal médico, lo es aún más, pues la falta de atención oportuna (ya sea que ésta la brinde la propia institución o realice la canalización correspondiente) podría provocar secuelas permanentes en el estado de salud de las personas beneficiarias.

➤ Observaciones adicionales

509. En el marco de las entrevistas realizadas, el personal de la CDHDF identificó algunas inquietudes de las personas adultas mayores que, si bien es cierto no fueron referidas de forma recurrente y, por ende, no atienden a situaciones que se puedan generalizar; resulta importante rescatar como experiencias individuales que pueden ayudar tanto a prevenir futuras problemáticas como a mejorar el servicio asistencial. En este sentido, las y los visitadores refirieron que las personas adultas mayores manifestaron sus opiniones al respecto de los asuntos siguientes:

510. Miedo a expresar su opinión respecto al servicio asistencial que reciben:

La beneficiaria preguntó en diversas ocasiones si el personal de la fundación se iba a enterar de lo que ella dijo. Pidió discreción, porque la pueden correr.

Todo bien, lo tratan bien. “Nadie le va a contestar la verdad”, los pueden correr.

Pidió que se haga saber que la maltratan al bañarse, pero solicitó que no se proporcionara su nombre, porque si habla la castigan.

Los regañan si se quejan.

Pide que la información sea confidencial, porque puede haber represalias.

Lo castigaron porque otro usuario se quejó de él lo mandaron a dormitorios comunes. Lo corren si se enteran que habla mal de las autoridades de la fundación. Solicita que la información sea confidencial.

511. Sufrir amenazas y/o castigos por parte del personal de las instituciones:

Aumenta 5% cada año la aportación económica y si no puede pagar, le indicaron que “la puerta está muy grande”.

Las castigan, las dejan sin comer, les quitan sus objetos personales, pero no las madres, sino el personal administrativo. También se le han perdido objetos de valor y sabe que también a sus compañeras. No quiere que la corran por lo que dijo; pide discreción.

Tres hombres encargados del aseo, en castigo, “han golpeado y ofendido a varios viejitos”, él vio que “metió a un abuelito que no se quería bañar con todo y ropa y lo bañó con agua fría”.

512. Falta de personal para brindar el servicio:

La beneficiaria sufrió un accidente porque los pisos de la habitación y los pasillos son totalmente lisos. No había nadie que pudiera ayudarle a levantarse.

Más de 70% de las ocasiones en que ha necesitado bañarse no hay quien la ayude y por eso se ha caído en dos ocasiones.

Los que no caminan tienen que esperar hasta dos horas para ser llevados a sus dormitorios.

Al levantarse de la silla, la beneficiaria se encontraba mojada, pero no llamó al personal para que la apoyaran. Manifestó que tienen mucho trabajo y que además no hay pañales.

513. Sufren afectaciones por algunas disposiciones de las instituciones, así como por la falta de infraestructura adecuada para brindar el servicio asistencial:

Los levantan a las 5:30 y los sacan del dormitorio. Él ha comentado que su medicina se queda en el dormitorio, pero no le hacen caso y se queda sin tomar su medicina.

Les quitan el agua caliente muy temprano, hay hasta las ocho horas. Después ya no se pueden bañar.

Cuando una persona no puede guiarse por sí misma no le permiten salir, y a veces tiene que esperar hasta que una voluntaria pueda asistirle para ir al médico.

Se tienen que levantar temprano a bañarse y dormir temprano. A las 20 horas apagan la luz y las madres les prohíben hacer cualquier actividad después de este horario.

La bañan sólo dos veces por semana, y la han llegado a jalonear las bañeras.

Considera que a la gente que paga más le permiten violar las reglas, que hay diferencias en la administración y falta de personal especializado. Le preocupa que no haya personal los domingos. Considera que la institución funciona como hospital que asiste a enfermos terminales; no como una casa hogar para adultos mayores.

A las personas consentidas les dan cuatro comidas, y comidas distintas a las de todos.

Sólo tienen tres regaderas para todas. Ella se baña sola, pero a veces no alcanza a bañarse por el número de regaderas.

Los beneficiarios tienen peleas a la hora del baño porque no hay regaderas suficientes para que todos se bañen.

Aclara que debido a su tamaño y a su edad (casi 100 años), ya no tiene la fuerza de subir a la cama, por lo que solicita que le proporcionen una cama a su tamaño, para no tener problemas y no sufrir caídas.

514. Preocupación por la ausencia de personal encargado de la administración y vigilancia de las instituciones:

La madre superiora casi no está en la institución y las otras madres no están al pendiente; permiten que haya abusos por parte del personal de intendencia y de otras beneficiarias.

Las dejan solas todo el fin de semana. “El policía se queda como encargado, no hay control. Las personas con problemas de salud mental hacen lo que quieren con nosotros y no hay nadie que nos pueda brindar apoyo.”

“Nos tenemos que cuidar nosotras mismas. Las personas con problemas de salud mental nos agreden, toman nuestras pertenencias, entran a nuestras habitaciones. Tenemos que cuidar nuestras cosas.” El personal no se hace cargo de solucionar estos problemas.

Ha sufrido agresión por parte de beneficiarios que tienen trastornos mentales. Además no hay control sobre las acciones de beneficiarios con este tipo de problemas. Una compañera se ha robado parte de sus pertenencias, la insulta y la golpea.

Un hombre que padece trastornos mentales entró a su cuarto desnudo. Ella nunca había visto a un hombre desnudo porque es religiosa... y las madres no hicieron nada. Él orina en la cocina y no le dicen nada porque paga más.

515. Las inquietudes mencionadas respecto a compartir las instalaciones con personas que padecen problemas de salud mental, fue posible identificar que la inconformidad de las personas adultas mayores atiende primordialmente los siguientes motivos: 1) padecen abusos por parte de las personas con problemas de salud mental (golpes, robo, y diferentes tipos de agresiones); y 2) compartir espacios con éstas afecta su estado emocional, toda vez que presencian en repetidas ocasiones las diferentes manifestaciones de sus problemas de salud (crisis, divagaciones, gritos, etcétera).

516. Desconocimiento respecto a los medicamentos que les proporcionan en las instituciones:

Todos los días le dan una pastilla. Ella cree que es para el estómago, pero no sabe.

Le dan muchas pastillas en la mañana y por la noche, pero no sabe qué son. Cree que son para el apetito y para el sueño y vitaminas. Nunca les han dicho para qué son las pastillas, pero se las dan a todas las personas beneficiarias.

No saben ni qué les dan a las beneficiarias, pero ellas creen que es para el dolor.

Todos los días le dan un grupo de medicinas, no sabe para qué es cada pastilla y por la noche le dan medicina para dormir.

517. En el marco de la visita realizada a una de las instituciones, las y los visitantes observaron que tras la ingesta de los alimentos, el personal de la institución proporcionaba, sin diferenciación alguna, dos pastillas a las personas adultas mayores.

518. Las y los visitantes cuestionaron al personal y a las personas beneficiarias respecto de la prescripción de las pastillas. En el primer caso, no se obtuvo una respuesta clara: el personal manifestó que eran vitaminas pero no se mostró seguro al dar su respuesta; en el segundo caso, las personas refirieron diversas respuestas, entre ellas, que las pastillas eran vitaminas, que servían para la digestión y los dolores de estómago, y que eran tranquilizantes.

519. Las respuestas de las personas beneficiarias ventilaron un desconocimiento total de los medicamentos que les proporcionan en la institución, ello constituye una irregularidad, independientemente de la pertinencia del consumo. Las instituciones tienen la obligación de informar a las personas beneficiarias por qué les prescriben y proporcionan todos y cada uno de los medicamentos.

520. Resultó alarmante que algunas personas beneficiarias se negaran a consumir las pastillas. Las y los visitantes observaron cómo las escondían cuando el personal de la institución no tenía posibilidad de observarlas. Al ser cuestionadas en este sentido, las personas adultas mayores refirieron, entre otras cosas, que no tomaban las pastillas porque: 1) no sabían para qué eran y tenían miedo de que les hicieran daño; y 2) porque eran sedantes para dormirlos.

521. Respecto a la información anterior es importante advertir que:

- El conjunto de comentarios dados a conocer no es exhaustivo. Sólo se mencionan los que ventilan de forma más clara las problemáticas que refirieron algunas de las personas adultas mayores beneficiarias de las instituciones.
- Aun cuando se recabaron un sinnúmero de comentarios positivos de las personas beneficiarias respecto del servicio asistencial que les otorgan las instituciones, en atención a los objetivos que persigue este informe, resulta prioritario dar a conocer los testimonios que ventilan las problemáticas que enfrentaban las instituciones para garantizar a las personas adultas mayores el respeto, goce y ejercicio de los derechos que les confiere el apartado A del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

522. Por último, resulta ineludible señalar que, entre los comentarios positivos realizados por las personas adultas mayores beneficiarias, predominaron diversas muestras de agradecimiento y cariño hacia las instituciones y su personal (administrativo, operativo y médico).

523. De hecho, el personal de esta Comisión fue testigo de muchas muestras de apoyo, afecto, cuidado y comprensión del personal de las instituciones hacia las personas beneficiarias.

524. Es cierto que los resultados de las visitas llevadas a cabo ventilan que al interior de las instituciones se enfrentan algunas problemáticas para ofrecer a las personas adultas mayores el servicio asistencial que requieren, garantizándoles plenamente el respeto, goce y ejercicio de sus derechos; pero ello de ninguna forma demerita el invaluable esfuerzo que estaban y, seguramente, siguen realizando para superar las barreras existentes.

525. La CDHDF reconoce y agradece este esfuerzo, así como la colaboración mostrada por las instituciones en el marco de las visitas llevadas a cabo, no sólo por haber facilitado el trabajo de las y los visitantes y, de este modo, la realización del presente informe, sino por el compromiso que tienen con el respeto, el goce y el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores a quienes brindan asistencia.

526. Las instituciones, en muchos de los casos, no sólo brindan asistencia social a las personas adultas mayores, sino la oportunidad de contar con un hogar y compañía.

c) CENTROS DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

527. Respecto al perfil de las 246 personas adultas mayores entrevistadas en los CAIS se encontró lo siguiente:

- *Sexo.* Se entrevistó un total de 181 hombres (cerca de 74% de la muestra) y 65 mujeres (26% de la muestra).
- *Edad.* La persona entrevistada más joven tenía 60 años y la más longeva 98. La edad más frecuente entre las personas beneficiarias entrevistadas, 19 menciones, fue 70 años. Por grupos quinquenales de edad la distribución fue la que muestra el cuadro IV.3:

Cuadro IV.3 Distribución de la edad de las personas adultas mayores beneficiarias en los CAIS

Grupo quinquenal de edad	Número de personas entrevistadas
60-64	36
65-69	43
70-74	64
75-79	37
80-84	27
85-89	21
90-94	6
95-99	5
100 o más	0
Total^a	239

^a El total de las edades no corresponde al total de personas entrevistadas, pues siete de ellas no la especificaron.

- *Tiempo de estancia en la institución.* La persona entrevistada con menor tiempo de estancia en el centro tenía una semana siendo beneficiaria y la persona con una estancia mayor tenía 18 años. El tiempo de estancia más común entre las personas entrevistadas fue dos años, al haberse encontrado 27 casos en esta situación.

➤ Alimentación

528. En torno a la alimentación que les proporcionan los centros, las personas adultas mayores beneficiarias entrevistadas manifestaron lo que se describe a continuación.

529. Sobre la porción de comida que les proporcionaban 56% (138 personas) consideró que era suficiente, mientras que cerca de 42% (103 personas) opinó lo contrario, y 2% (cinco personas) no contestó de forma específica esta pregunta.

530. La pregunta de si únicamente comían los alimentos que les eran proporcionados por el centro, 74% de las personas adultas mayores (183 personas) contestó de forma afirmativa; 24% (59 personas) en sentido negativo y cerca de 2% (cuatro personas) no especificaron su respuesta.

531. El alto porcentaje de respuestas en sentido afirmativo respecto a ingerir únicamente los alimentos proporcionados en los centros atiende, primordialmente, a que la gran mayoría de las personas adultas mayores beneficiarias se encontraba en situación de calle, indigencia y abandono familiar antes de ser beneficiarias de los centros, por lo que no contaban con recursos propios para comprar alimen-

tos extras a los que les proporcionaban ni con familiares que pudieran brindarles apoyo. En este caso, la falta de consumo de otros alimentos no obedecía a que las personas beneficiarias estuvieran satisfechas con la cantidad y el tipo de alimentos que les eran proporcionados.

532. Aun cuando el porcentaje de personas adultas mayores que manifestaron su inconformidad respecto a la porción de comida que recibían no es mayoritario, sí es considerablemente alto.

533. De las entrevistas realizadas se desprenden evidencias de la problemática que enfrentan los centros de asistencia gubernamental para proporcionar a las personas beneficiarias alimentos en cantidad y calidad acorde a sus necesidades. A través de comentarios reiterados se hizo evidente que los principales problemas en lo que a la alimentación se refiere son: 1) falta de dietas especiales para personas con gastritis, diabetes e hipertensión, entre otras; 2) porción de comida insuficiente; y 3) calidad insuficiente de los alimentos.

534. Con la finalidad de dar muestra de lo anterior, se presentan a continuación los comentarios y observaciones recopilados que ejemplifican de forma más clara la problemática:

535. *No había dietas especiales.* Sin lugar a dudas uno de los problemas más serios fue la falta de dietas adecuadas a las necesidades alimenticias y condiciones de salud de las personas beneficiarias. El hecho de que las personas con determinados padecimientos no contaran con la dieta que requerían, afectaba su salud y disminuía su calidad de vida, tan es así que la preocupación de las personas entrevistadas por esta situación es evidente, basta mencionar algunos de los comentarios que los y las visitadoras recabaron para dar cuenta de ello.

Él es alérgico al pollo y la mayoría de las veces le dan de comer pollo. No le brindan dieta especial; por ejemplo, a las personas que tienen diabetes sólo les limitan las tortillas y el agua sin azúcar, eso no es suficiente.

Puede ser suficiente, pero ella no puede comer bien porque no tiene dientes y no le muelen la comida.

Hay muchos diabéticos y dan comida sin sal, café sin azúcar pero con pan de dulce; no se satisface pero como sale, come fuera.

La comida para muchos no es suficiente, además no es buena. En su caso no la puede comer porque no tiene dientes para masticar y como tiene su tarjeta del GDF, compra lo que puede y eso come.

Le dan de comer carne o huevo y eso no lo come; está enfermo de reumas.

No puede comer carne ni alimentos que tienen chile porque padece gastritis y le dan agruras.

Les dan muy poca, es la primera vez que le dan la comida molida. Muchas veces no come porque no tiene dientes y cuando la carne no está bien cocinada y está dura, no puede masticarla.

La comida tiene mucha grasa y a veces está muy salada. No puede comerla porque es hipertenso.

A veces no come o come muy poco porque es diabética y no le dan dieta especial. Los alimentos le hacen daño, por eso los deja.

Sí satisface su hambre, sin embargo, no le muelen la comida. No tiene dientes por lo que a cada rato se enferma del estómago.

La comida es muy grasosa. Prefiere comer poco porque padece constantemente problemas del estómago.

El servicio de alimentación es deficiente y sufre de constante diarrea. Padece diabetes y no hay una dieta especial para las personas con este padecimiento.

Come poco, pero sirven pollo en mal estado, la fruta ya está vieja. Es diabética y le dan embutidos, no le dan leche, sólo té.

536. *La porción de comida era insuficiente.* La mayoría de los comentarios de inconformidad respecto a la alimentación hacían referencia a la insuficiencia de los alimentos que proporcionaban los centros.

537. La magnitud del problema es evidente. De acuerdo con lo manifestado por las personas beneficiarias hay ocasiones en que la comida no alcanza para todas, y ello ha provocado inclusive que las personas beneficiarias peleen principalmente por el pan y el agua. De los comentarios recogidos en este sentido, destacan:

Se queda con hambre, le dan muy poca. Hay muchos pleitos por un vaso de agua. La falta de comida genera problemas entre las beneficiarias.

No puede caminar porque le duele la cadera, a veces se tarda en llegar al comedor y cuando llega le dicen que ya no hay comida.

Le dan “una miseria, es fea, es pura agua, está desabrida; la sopa siempre está hecha basca”. No le satisface la comida; en la mañana le dieron “muy poco huevo y hasta las 10 horas”.

Por la mañana, lo único que les dan es té, café o a veces leche con un pan, pero para alcanzar pan hay que pararse a las 5:00 a. m. Comida no hay, sólo a las 19:30, pero es poca.

“No tratan parejo, es injusto: a unos les dan más que a otros”, por eso no alcanza la comida.

Es muy poca comida (sopa, carne, frijoles y sólo un vaso de agua), le dan leche muy rebajada. Sólo les dan dos tortillas a la hora de la comida y un bolillo a la hora de la cena.

No está satisfecha porque no les proporcionan verduras ni fruta. A todos les dan la mitad de un plátano; la mayoría de las veces se queda con hambre.

No queda satisfecho, sólo en pocas ocasiones les dan carne y pollo. Únicamente le dan dos tortillas; además no hay posibilidad de que les den más comida.

Debido a que hay bastante población y en ocasiones no les dan tortillas, a veces les dan medio pan y las usuarias se pelean para poder comer más. Los guisados son servidos en pocas cantidades.

Realmente es poca y no sabe bien, por ejemplo, le dan una taza de leche o té y bolillo, frijoles.

A veces les dan la comida muy vieja y es muy poca: salchichas, una mitad de pan con frijoles y sopa... a veces les dan pollo.

La comida es insuficiente, no se satisface, les dan muy poca comida; a veces las sopas parecen “basca” porque está batida.

Sólo le dan una vez a la semana pollo y carne, únicamente les dan dos tortillas para acompañar la comida, una vez a la semana les dan fruta, se queda con hambre.

Por las mañanas y las noches los limitan mucho, sólo les dan un pequeño plato de comida, así que pasa hambre.

Dan muy poco, es una miseria, les alcanza para un taco. Le dan de desayunar una salchicha y agua caliente con un bolillo.

Se queda con hambre, no puede pedir más comida, no hay tortilla ni pan. Le ha dado diarrea.

No es suficiente y en ocasiones ni pan ni tortillas les proporcionan. Cuando llegan a darle carne roja, ésta es muy mala y a veces descompuesta.

Le dan muy poquito bolillo, no dan fruta buena, dan puro bolillo, tortillas frías, la leche es rebajada.

No le dan bolillo, “es una comida para animales, muy fea”, le dejan sólo una cucharada, come arroz y guisado, pero les dan poco.

538. *La calidad de los alimentos era insuficiente.* Esto se debe a dos motivos: comida en mal estado, y mal sabor y mal aspecto de los alimentos. De los comentarios señalados al respecto, vale la pena rescatar los siguientes:

No se la come, le da asco, le sabe a medicina; toma mucho medicamento, tiene diarrea y no come mucho por eso.

La carne está cruda, la comida está mal hecha y no tiene sabor. La comida está sucia y es una “basura”.

No es suficiente la porción que les dan y a él le ha hecho daño la comida más de 25 veces.

“La comida es una porquería”, muchas veces le hace daño. Además no le gusta y es muy poca.

Dan muy poco y está muy mal la comida. Continuamente la gente se enferma del estómago.

A veces se queda con hambre porque hay comida que no ingiere. Una vez la comida le hizo daño y se enfermó del estómago, por eso ya no come eso, sólo los frijoles.

La deja porque el sabor no es bueno, a veces les dan pescado apestoso que “seguro está echado a perder”.

La comida está fría y por eso sabe peor.

La comida no es buena. Come porque tiene hambre. Da pena lo que dan: “leche sin hervir, rebajada con agua de manguera”.

La carne se desbarata porque ya estuvo congelada mucho tiempo.

Muchas veces la carne no está bien cocida y sirven la comida fría.

La comida no está preparada higiénicamente, se ha enfermado en varias ocasiones del estómago.

La carne “sabe muy feo, está echada a perder; se ve muy mal”.

No es suficiente, y debido a que la comida es mala porque no está bien cocida, en ocasiones la deja. “La comida es desagradable.”

La leche es como agua y si alguna vez les dan carne, no está bien cocida.

La mayoría de las veces les hace daño.

Desayunan a las nueve, comen a las dos, cenan a las seis, le da hambre después de la cena, pero ya no hay comida, cree que aquí si no se mueren quedan locos por falta de alimentos.

Le dan “muy poquito bolillo, no dan fruta buena, tortillas frías, la leche es rebajada”.

No es suficiente, además la comida es muy mala y por eso no come. Muchas veces la comida le hace daño y padece constantemente de diarrea.

La comida es poca y mala. A veces comen “periódico”. Sólo les dan verdolagas y nopales.

539. Aunado a lo anterior, las personas beneficiarias refirieron su inconformidad ante la falta de variedad en el menú. Aun cuando ello no es un problema mayor, es preciso señalar que genera inquietud, toda vez que, de acuerdo con lo expresado en las entrevistas, inhibe el apetito de las personas adultas mayores que suspenden la ingesta de alimentos; esto representa un riesgo para su salud.

540. La dieta que los centros proporcionan a las personas adultas mayores podría no estar cumpliendo con los requisitos mínimos para satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales que se derivan de su edad. Aun cuando dichas necesidades presentan variantes, de acuerdo con los especialistas, la alimentación de las personas adultas mayores debe atender las generalidades siguientes:

- Ser adecuada en cantidad para su tamaño corporal cambiante por el acortamiento de su estatura y la disminución de la masa muscular y tendencia al aumento de la grasa corporal. Esto se traduce en comer menos cantidad de grasas.
- Incluir líquidos suficientes para producir orina clara y tejidos bien hidratados.
- Favorecer el consumo de cereales y tubérculos que contengan fibra y almidón o se transformen en harinas, al mismo tiempo que se eviten los azúcares.
- Procurar el consumo suficiente de carnes magras y leguminosas.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras y si es necesario, tomar un complemento alimenticio con calcio, hierro, zinc, magnesio, y vitaminas A, B, C, D y E.¹⁶⁴

541. Respecto del tipo de alimentación que los centros deben ofrecer a las personas adultas mayores la NOM-167-SSA1-1997 señala que:

8.2.1 El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro.

8.2.2 La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

542. De los testimonios recabados se desprende que los centros enfrentaban serios problemas no sólo para cumplir los requisitos señalados sino para ofrecer a las personas adultas mayores que así lo necesitan, una dieta compatible con los requerimientos nutricionales que su condición de salud les exige.

543. La alimentación acorde a la situación de salud, en el caso de las personas adultas mayores, es indispensable puesto que éstas no cuentan con las defensas suficientes y, en muchos de los casos ni con el estado emocional adecuado para sobrellevar y superar el debilitamiento de su condición de salud.

¹⁶⁴ Luis Alberto Vargas, “Aspectos sociales y culturales de la alimentación del adulto mayor”, en *Problemas y programas del adulto mayor*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1997, pp. 53 y 54.

544. Por otro lado, partiendo del hecho de que (como se desarrollará a continuación) los centros también enfrentaban problemas para proveer a las personas adultas mayores de atención médica oportuna y adecuada, no se debe perder de vista que la alimentación adecuada constituye un factor indispensable para reducir la demanda de atención médica.

545. En tanto los centros no provean a las personas adultas mayores de la alimentación que requieren para cubrir sus necesidades nutricionales y, de este modo, fortalecer su sistema inmunológico, seguirán enfrentando de forma constante una demanda de atención médica superior a la que su infraestructura y recursos humanos les permiten atender satisfactoriamente. De ahí que resulten más alarmantes las carencias que enfrentaban los centros en este rubro.

➤ Trato por parte del personal

546. De las 246 personas adultas mayores entrevistadas, 186 (cerca de 75%) refirieron que el personal de los centros las trataba bien; 50 (poco más de 20%) señalaron lo contrario, y 10 no especificaron su apreciación en este sentido.

547. Al ser cuestionadas sobre si recibían apoyo u orientación por parte del personal cuando tenían un problema, la apreciación positiva disminuyó e incluso fue inferior a la negativa. Cerca de 53% de las entrevistadas (130 personas) refirieron que no recibían atención u orientación por parte del personal cuando tenían un problema; cerca de 42% (103 personas) señalaron lo contrario, y 5% no contestó (13 personas) de forma específica.

548. A pesar de que en el primer caso la percepción respecto del trato del personal es mayoritariamente positiva, en el marco de las pláticas sostenidas con las personas adultas mayores manifestaron de forma recurrente los problemas que enfrentan en este sentido. Entre los comentarios recabados por las y los visitantes destacan los siguientes:

Tiene un pleito con una enfermera, pues por negligencia médica falleció un compañero.

Se siente menospreciado. Hay de todo, la doctora da consejos y no remedios.

Tiene lastimada la mano izquierda porque lo arrastraron para meterlo a bañar, la mano derecha la tiene tiesa (no la mueve). Le dijeron que lo curarían pero no le han hecho nada, sólo le dan pastillas para la diarrea.

A veces les pide apoyo para cambiarse de lugar, ya que tiene amputadas las dos piernas y se tardan o se les olvida.

Ha visto que a sus compañeros de mayor edad los bañan “a manguerazos con agua fría”.

Son groseros, les dicen majaderías, pero no puede decir más.

No cumplen con lo que están haciendo (los dejan solos); lo regañan a cada rato porque defiende a otros usuarios que están enfermos.

Hay de todo, gente buena y gente mala. El personal ni les habla, los ignoran.

Si da dinero lo atienden, con las propinas lo atienden; ellos lavan su ropa.

Las enfermeras tratan mal. Tienen temor de decir quién y por qué.

Con indiferencia; “déspotas y majaderos... más los de trabajo social y la cocina”.

Más o menos, la trabajadora social tiene más de cuatro meses que no le da despensa de su tarjeta del GDF.

A ella no le gritan, aunque ha visto que a sus compañeras sí y les dicen groserías.

La psicóloga ha sido muy agresiva; también el personal encargado de la atención las trata sin respeto.

Considera que los tratan “como animales”, les gritan y los avientan, en especial, las trabajadoras sociales y psicólogas.

Le han robado sus pertenencias, le hablan con poco respeto; no la tratan bien; quisiera poder irse.

Todo está mal; nadie los trata bien; “ya quieren que se mueran”.

A veces los maltratan, los jalonean cuando los llevan al baño, los avientan, les hablan fuerte y son groseras.

A ella no la han tratado mal, pero a sus compañeras, a algunas enfermas mentales, las avientan y les pegan.

Les gritan y las avientan, y cuando les piden algo no les hacen caso: los ignoran, no les hablan.

Todo el personal le grita y le dice groserías. Una vez le pegó un médico que ya no está, pero las trabajadoras sociales son muy groseras.

Unos las tratan bien y otros mal; por ejemplo, un día una empleada le preguntó si ya había ido al baño, ella respondió que no y la empleada le tronó los dedos.

Se enojan por cualquier cosa, ayer usó el cómodo y lo sacó como pudo, apoyándose en el bastón, iba a vaciar los orines y le arrebataron el cómodo de forma brusca.

Simplemente no les hablan los trabajadores. Los tratan “con la punta del pie”.

Lo jalan, le gritan, le “mientan la madre”, le dan hasta cachetadas.

Debido a que es débil visual, muchas ocasiones necesita que lo orienten para ir al patio y el personal no le hace caso.

549. Lo anterior coincide con los comentarios realizados respecto a la falta de apoyo y orientación que recibían las personas beneficiarias por parte del personal. De igual manera ocurre con los testimonios siguientes:

Quisiera que la valorara un especialista médico, ya que tienen problemas en la cadera y ha solicitado al médico que sea valorado por un especialista, y hasta el momento no ha sido valorado.

Sólo en ocasiones, cuando lo ven muy enfermo, es cuando le solucionan su enfermedad.

Cuando tienen problemas, ellos mismos tratan de arreglarlos. Ninguna autoridad se para a platicar con ellos.

Él solo tiene que resolver sus problemas, no hay personal suficiente para ayudarlos.

No les ayudan, cada quien “se rasca con sus uñas”.

No le ayudan, está desahuciado.

Al contrario, él es el que apoya a la institución.

Hace del conocimiento de la administradora y demás personal sobre problemas en las puertas, baños que no sirven, escusados, flotadores y a veces no hay agua, pero no le hacen caso y eso genera problemas para todos.

Ha solicitado que lo saquen a la calle bajo sus cuidados. Lo escuchan, pero no acceden a hacerlo.

Sólo los compañeros están atentos a cómo se siente cada uno. El personal casi no hace eso.

Los empleados pasan sólo para ver cómo están las instalaciones. “Entre ellos [los beneficiarios] se ayudan. Si se cae algún compañero, lo levantan.”

Preguntó a personal dónde podía quejarse porque hace mucho un compañero le quería pegar, pero no le dijeron dónde podía quejarse.

Cuando otro usuario los roba, los acusan con la coordinadora, pero no hace nada.

Todos “se avientan la pelota” y no solucionan nada.

El problema que se le presentó fue el de su tarjeta del GDF, ya que desde hace dos meses aproximadamente no le compran nada con su tarjeta, a pesar de que entregó una lista de las cosas que necesita (rastrillos, jabón, crema humectante, loción y leche).

La licenciada ha hecho una mala administración. No hay quien los ayude en realidad. Le dijeron que nada va a cambiar, que haga lo que quiera.

No tiene confianza en el personal. A los beneficiarios invidentes les roban.

Porque no le hacen caso, “hablar con el personal es como hablar con la pared”.

No hacen nada por ella, la directora sólo le dice que se retire cuando acude a platicar sus problemas.

Aquí no hay nadie que los ayude, sólo cuando ven que se están muriendo las llevan a la enfermería.

Ella soluciona sus problemas. La directora prohibió a los empleados ofrecer ayuda.

No se va a quejar. Otras beneficiarias le han pegado pero no se queja.

Como el personal cambia seguido, nada más le dicen que “ellos no saben de esos asuntos”.

Nadie los toma en cuenta, porque les dicen que “ya están ancianitos y los tiran de a locos”.

Sí ha tenido problemas, pero no lo ayudan. Cuando se siente deprimido no solicita atención, porque “ni quién lo escuche”.

Lo discriminan porque no se apega a las reglas que les exigen; además, cuando sus compañeros le pegan, el director no le ayuda, sino que lo encierra para que no se queje.

No se acercan a los trabajadores, les dicen que no pueden platicar mucho con ellos.

Han comentado que los usuarios más jóvenes hacen escándalo o los molestan y no han hecho nada.

550. El hecho de que las personas adultas mayores padecieran de abusos y violencia por parte de otras personas beneficiarias y/o del personal resulta alarmante, pues ventila un serio descuido por parte de las autoridades para brindarles el servicio asistencial en espacios seguros y garantizarles una vida libre de violencia.

➤ Atención médica

551. En torno a este rubro, 78% de las personas adultas mayores entrevistadas (192) manifestaron que sí recibían atención médica, 20% (50 personas) señalaron que no recibían atención; y 2% (cuatro personas) no ofrecieron una respuesta específica.

552. El resultado anterior coincide con los datos arrojados respecto a la satisfacción de las personas beneficiarias relativa al servicio médico: poco más de 63% de las personas entrevistadas (156) señalaron que estaban satisfechas; cerca de 30% (74) contestaron que no lo estaban; y 6.5% (16) no brindaron una respuesta específica.

553. De la aplicación de ambas preguntas se recoge una percepción mayoritariamente positiva en este rubro; sin embargo, los porcentajes relativos a la falta de atención médica e insatisfacción con la atención recibida no son bajos. Por ello, resulta importante dar a conocer algunos de los comentarios realizados por las personas beneficiarias acerca de los problemas que enfrentan, en este sentido, los centros.

554. Al ser cuestionadas respecto a por qué consideraban que el centro no les brindaba atención médica, las y los visitantes de la CDHDF recabaron lo siguiente:

Sí le brindan la atención médica cuando la necesita. Sin embargo, siempre escasea el medicamento. Tiene cinco días que se encuentra enfermo del estómago (diarrea); ya pasó al médico, pero por no haber medicamento no se lo proporcionaron.

Él le dice al doctor que lo valore y casi nunca quiere; no hay medicamento y el que hay no le quita las molestias que tiene en las piernas.

Un médico no le brinda atención ni medicamento.

Tiene una hernia desde hace mucho tiempo y no lo han atendido. La doctora le dijo que hasta octubre lo van a atender.

No lo curan, necesita medicamentos muy caros para la diarrea, tiene hernia, no puede conseguir medicamento. Lo atienden en el Hospital General.

No atienden como debe de ser, no le han dicho sus resultados médicos con respecto a los ojos. Le dijeron que lo revisarían con un aparato pero la doctora nunca regresó (la esperó como dos horas).

No hay medicamentos y el equipo del consultorio está deteriorado y se lastiman cuando lo usan.

El servicio médico es pésimo, siempre le dicen que no hay medicamento. Quieren calmarle los dolores sólo con pastillas.

Tuvo que insistir demasiado para que lo llevaran a que se operara de un ojo ya que tenía cataratas, pero no le proporcionaron medicamento: según no hay.

Lo curan, pero las enfermeras tienen malos modos, cada seis meses lo llevan al Hospital Juárez (ulcera varicosa). No le proporcionan medicamento que le recetan en el hospital.

Le ha pedido ampolletas para calmar su dolor, pero le dicen que no hay material. Las pastillas que le dan no le quitan el dolor.

Ella les ha pedido que le den medicamento para su colitis y no le han dado nada, sólo le dicen que regrese otro día.

No le dan atención médica. Padece diabetes y no le dan pastillas para controlar su padecimiento y sólo la traen dando vueltas. Ella compró sus medicamentos con la tarjeta de GDF.

Padeció de úlceras varicosas. Aquí sólo le lavaban la herida con agua y jabón; posteriormente salió y lo atendió un doctor particular y se curó. No la enviaron al doctor o a un hospital.

Sólo le dan medicamento. Le dijeron que necesita una faja de osteoporosis, pero es muy cara. No la han mandado a un hospital para que vean su problema de osteoporosis.

La valoración es muy mediocre; no le brindan medicamento pues siempre lo niegan; hay mucha falta de control.

Es muy deficiente. Quieren solucionar la enfermedad con puras pastillas, no con los medicamentos adecuados.

No está de acuerdo, ya que la mayoría de las veces sólo está el personal de enfermería y hay que esperar al médico.

En varias ocasiones han acudido para consulta y el doctor no está. En una ocasión que se cayó, la enfermera sólo lo vendó, pero siguió con molestias que solas se le quitaron porque no le dieron medicamento.

No tiene psiquiatría y hay muchos enfermos mentales. Además no le dan la medicina que debe tomar.

555. Al respecto de las razones de la insatisfacción por el servicio médico proporcionado, las personas adultas mayores expresaron los comentarios siguientes:

556. *Sobre el personal médico.* Se detectó falta de atención médica, de personal médico y de enfermería:

Se encuentra enfermo de la cadera, está inválido y ha solicitado el apoyo para que sea revisado por un especialista. No han hecho caso a su petición; nunca hay medicamentos y las sillas de ruedas están inservibles.

En algunas ocasiones le han negado la atención médica.

No le proporcionan los medicamentos que necesita y los doctores no son cordiales y les niegan la atención cuando no es un problema grave de salud.

A veces no lo atienden porque el personal viene cuando quiere.

Aunque todos los días hay varios médicos; no son atendidos.

En ocasiones no está el médico y tiene que esperar por varios días hasta que viene.

Sábado y domingo sólo hay enfermeras.

Nunca le preguntan cómo está y le han negado la atención.

557. *Al respecto de los medicamentos.* Había escasez de medicamentos:

No está de acuerdo porque finalmente, no hay medicamento y los fragmentos de pastillas que les dan no les quitan el malestar.

No hay medicamento y cuando los llevan al seguro es cuando a veces le dan medicamento.

No hay medicina; “ahora no hay calmantes” y le duele el brazo.

No está bien, no hay medicina, los curan con agua y jabón.

No hacen caso, “la otra vez se murió un compañero porque no tenían medicinas”.

Hay muy poco medicamento, él tiene gastritis y sólo le dan ranitidina.

Pelearon por la falta de medicamento.

No tiene caso solicitar atención porque no hay medicamentos.

Nunca hay medicamentos adecuados y después de tomarlos tiene que solicitar algo para la diarrea, ya que es común que se enferme por el tipo de medicamento que le dan.

No hay medicina y prefiere aguantar los malestares que padece para no molestar al personal médico.

La atención “es muy nefasta”, no les brindan medicamento.

A cada rato les falta medicina y se tardan hasta un mes en dársela.

Tiene hiperplasia prostática. En el Hospital Juárez lo han atendido, pero en el centro no le dan la medicina que le recetan: Secotex. Necesita tomar este medicamento por meses. Tenía una consulta programada, pero le dijeron que no tenía sentido llevarlo al hospital porque no se había tomado el tratamiento que le recetaron.

558. *Desconfianza.* Había desconfianza en el personal médico, así como en sus diagnósticos y la prescripción de los medicamentos que realizaban.

Es muy deficiente pues ni siquiera los revisan; además nunca hay medicamentos.

Siempre lo atienden, aunque a veces no sabe qué es lo que tiene; los doctores nunca le dicen qué tiene.

El personal no está bien capacitado, no saben qué recetar y les dan los medicamentos sin explicarles para qué son.

Los médicos y las enfermeras no son competentes, además no van a los dormitorios a revisarlos y ofrecerles atención.

Los doctores que atienden son pasantes, no están capacitados para brindar la atención, por eso no se recuperan.

Por lo menos tratan de atenderlas, pues hay mucha deficiencia; no tienen la capacidad para atenderlos.

Los median de forma incorrecta, les dan los medicamentos disponibles y no los que requiere su padecimiento.

En caso de sentirse mal le dan pastillas, pero considera que son fuertes porque se siente mareado y le duelen los intestinos.

No les tiene confianza a los doctores; le han recetado medicamentos que le han hecho daño.

Falta de medicamentos adecuados, hay veces que nada más le quitan el dolor pero no le curan el problema; les dan pastillas pero no les dicen para qué es, sólo les dicen “usted tómela, con eso se va a aliviar”.

Tiene reumas y le dan una pastilla que no lo cura. No le quisieron poner una ampolleta de penicilina porque no había.

Los médicos no son especialistas, y, a veces, les dan pastillas para calmar el dolor. Él ya fue dos veces a la CDHDF.

➤ Observaciones adicionales

559. Aunada a la información recabada a través de la aplicación de las entrevistas, es conveniente rescatar algunas observaciones realizadas por las y los visitadores, así como comentarios de las personas beneficiarias que ventilan otras problemáticas que enfrentan los centros para ofrecer el servicio asistencial, garantizando el pleno respeto, goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores beneficiarias.

560. En algunos casos, las personas beneficiarias se encontraban en condiciones de higiene y vestimenta inadecuadas.

En uno de los centros se observó a una adulta mayor en las áreas verdes levantarse el vestido para acomodar un pedazo de trapo que usaba entre las piernas (a modo de pañal), no portaba ropa interior y se encontraba en malas condiciones de higiene.

Los beneficiarios se encuentran en malas condiciones de higiene y aliño (uñas sucias y largas, ropa sucia, zapatos en mal estado); se percibe que llevan varios días sin baño y cambio de ropa.

En uno de los centros, la mayoría de los beneficiarios no usaba zapatos ni algún tipo de calceta que les impidiera estar descalzos. Lo anterior es grave pero, también, resulta alarmante si se considera que la mayoría se encontraba en silla de ruedas o muletas en mal estado, por lo que se veían obligados a impulsarse con los pies para poder desplazarse.

Uno de los centros no tiene capacidad para brindar a los beneficiarios que ahí pernoctan cobijas limpias y libres de piojos, por lo que la mayoría padece este problema; el grado de contagio es preocupante.

El deterioro de la ropa y calzado de las beneficiarias es evidente. No sólo es preocupante por una cuestión de aliño, sino porque representa un riesgo para su salud debido a que la ropa no es adecuada para protegerlas del frío y no se encuentra en las condiciones de higiene necesarias para evitar que contraigan algún tipo de infección, especialmente, en el caso de la ropa interior.

En uno de los centros se observó cómo los beneficiarios realizaban la selección de prendas “limpias” (de acuerdo con la información proporcionada por el personal, éstas habían sido lavadas) que se encontraban sobre el suelo. Indudablemente no hay un buen manejo higiénico de las prendas y ello representa un riesgo para la salud de los beneficiarios.

Causó preocupación el uso colectivo de la ropa en los centros, sobre todo porque no hay un buen manejo higiénico de la misma, de modo tal que la falta de uso personalizado puede propiciar focos de infección.

La ropa que vestían los usuarios desprendía un fuerte olor a orines. Debido a que los centros no proporcionan pañales a las personas adultas mayores que padecen incontinencia, éstas no tienen la posibilidad de mantener limpias sus prendas y, lo que es peor, permanecen con la ropa mojada. Ambas situaciones representan un riesgo para su salud.

Indudablemente la falta de higiene de las personas adultas mayores beneficiarias ventila dos tipos de carencias: por un lado, del agua necesaria para cubrir las necesidades de higiene; y por el otro, de la infraestructura y productos requeridos (regaderas, jabón, etcétera) para garantizar que las personas beneficiarias tengan acceso al baño.

En uno de los centros fue evidente la falta de calzado entre las personas beneficiarias; la mayoría de éstas, a pesar de que utilizan muletas y/o silla de ruedas para desplazarse, no contaban con calzado alguno.

561. Se detectaron posibles irregularidades en el manejo de las pensiones otorgadas a las personas adultas mayores por el Gobierno del Distrito Federal:

La directora maneja las tarjetas del GDF. Compra muchas cosas que no son para el centro.

Tiene la tarjeta del GDF pero ni los llevan a comprar. En caso de que los llevaran los empleados les quitan las cosas que compran.

El personal tiene su tarjeta del GDF, pide cosas básicas y no se las traen, desea que la lleven a la tienda a comprar lo que necesita y le devuelvan su tarjeta.

Los llevan a surtir su despensa con su tarjeta, deciden qué comprar, pero les roban la ropa que compran, desconoce quién; sin embargo, vio que una psicóloga tiene la toalla que él compró.

Tiene su tarjeta del GDF, pero llegan a tardar hasta tres meses en llevarlo de compras y se acumula el dinero, el personal le dice que tiene que gastarse todo, y si no lo hace le piden la tarjeta para comprar toallas, medicamentos y despensa para el centro.

La directora tiene las tarjetas del GDF. Cada mes le preguntan qué desea que le compren; sin embargo, nunca le dan las cosas que solicita.

Hace dos meses y medio que no sale, y las personas que se encargan de realizar las compras con la tarjeta del GDF le quitan sus cosas.

Las trabajadoras sociales tienen su tarjeta del GDF y ella no la usa... no sabe en qué utilizan el dinero.

Trabajo social tiene su tarjeta del GDF porque se la están cuidando, más o menos cada dos meses las llevan a comprar.

Señala que en el trabajo social se quedan con la despensa de la tarjeta, pues varias compañeras se quejan que ya son varios meses que no les dan su despensa, pues trabajo social maneja las tarjetas del GDF.

Cuando los llevan a comprar sus despensas, ve qué cantidad considerable de dinero gastan en comprar refrescos, pero a ellos no les dan.

Tenía tarjeta del GDF pero cuando ingresó le pidieron que la entregara, la trabajadora social la tiene, no las han llevado a comprar... no sabe en qué se gastan su dinero.

562. A lo largo de las visitas a los centros causó gran preocupación que la mayoría de éstos no cumplieran con su responsabilidad de ofrecer a las personas adultas mayores actividades ocupacionales, recreativas y sociales.

563. Las personas beneficiarias pasaban gran parte del tiempo sin realizar alguna actividad que les permitiera desarrollarse intelectual y físicamente, utilizar su creatividad y/o tener un pasatiempo; esto indudablemente propiciaba el detrimento de salud física y mental y, por ende, de su calidad de vida.

564. Como muestra de lo anterior, en uno de los centros se observó a todas las personas adultas mayores (quienes en su gran mayoría utilizaban sillas de ruedas o muletas y, en algunos casos, padecían problemas de salud mental) concentradas en un patio sin realizar alguna actividad ni convivir entre sí, de hecho, sólo escuchaban la música que, con un volumen considerablemente alto, se reproducía en diferentes bocinas y los gritos de las personas beneficiarias que padecían problemas de salud mental.

565. Es importante señalar que en el marco de las visitas las personas adultas mayores refirieron en repetidas ocasiones que su vida no tenía sentido, que ya no son útiles, que no sirven para nada y estor-

ban, así como algunos otros comentarios que ventilaban problemas de baja autoestima y/o depresión que, sin lugar a dudas son consecuencia, entre otras cosas, de la inactividad en que se encuentran.

566. Por otro lado, de las entrevistas sostenidas con las personas beneficiarias se desprende que los centros enfrentaban fuertes carencias de productos básicos como cobijas, colchones, ropa, zapatos, papel higiénico, jabón, pañales, toallas sanitarias, etc. Entre los comentarios realizados en este sentido se encuentran los siguientes:

Hay plaga de piojos, faltan colchones, dan ropa a los enfermos, él tiene que conseguir ropa por su cuenta.

Solicita zapatos, no les brindan ropa.

Le falta jabón y papel de baño; usa pañal, pero no siempre se lo proporcionan.

La ropa apesta. Las mandan a bañar sin jabón o las bañeras se lo quedan.

Hasta hoy los dejaron entrar temprano y les dieron jabón y papel: seguro es porque sabían que ustedes [CDHDF] iban a venir.

La visita de la CDHDF coincidió con que les dieron mejor de comer y les proporcionaron jabón y papel; habían pasado 15 días sin que se los dieran.

Hasta hoy les dieron papel y jabón. Le pareció extraño porque desde hace dos semanas no les daban.

Pasan frío por las noches porque sólo les dan una cobija; le gustaría que le proporcionaran otra.

Hay problemas de piojos y escabiosis, pero no hay medicamento para combatirlo, hay muchas infecciones pero no hay medicina para hongos. Sale a trabajar, vende chácharas... Faltan colchones y las cobijas no las lavan seguido.

567. Los y las visitadoras se dieron cuenta, por otro lado, del problema de la falta de especialización del servicio asistencial en dos sentidos: por un lado, el que algunos centros brindaran servicio asistencial de forma indiferenciada a personas de dos grupos etarios o más,¹⁶⁵ y por otro, que los centros ofrecieran asistencia de forma indiferenciada a personas que padecían problemas de salud mental y a quienes no sufrían este problema. En relación con lo anterior, las personas beneficiarias, refirieron lo siguiente:

En general nadie respeta el reglamento (ni administrativos ni beneficiarios). Hay mucha gente joven que consume drogas y alcohol y que tienen una apreciación negativa de las personas mayores, por lo que constantemente las maltratan.

Las personas más dependientes sufren mucho maltrato, en especial, de las personas jóvenes; como no pueden defenderse, abusan de ellas.

En el dormitorio que ocupa, hay jóvenes de 19 o 20 años que se drogan, hacen escándalo y molestan a los beneficiarios mayores.

No está de acuerdo en convivir y compartir los mismos espacios con las personas que tienen algún padecimiento mental porque les tiene miedo y sufre al ver sus padecimientos.

¹⁶⁵ El caso de uno de los centros es emblemático, puesto que se brinda asistencia a personas adultas mayores, a personas adultas y/o jóvenes, así como a niñas, niños y adolescentes que son hijos de éstas últimas.

Sus compañeros más jóvenes lo han golpeado. Se siente inseguro en el lugar porque en las noches no hay quien los apoye.

Un compañero le ha robado dinero, zapatos y lo ha golpeado. Le gustaría que personas con problemas mentales estuvieran separadas porque agreden al resto.

Hay problemas graves entre adultos mayores y las jóvenes.

No está de acuerdo en que las tengan revueltas con personas que tienen “trastornos mentales”. En su dormitorio hay cinco personas con este tipo de padecimientos.

Revuelven gente “peleonera” con quien no lo es. Falta vigilancia en la noche; las personas como yo que no podemos valernos por nosotras mismas sufrimos abusos de otros compañeros más jóvenes.

568. Al respecto, cabe advertir que, debido a la condición de vulnerabilidad que aqueja a las personas beneficiarias de los centros, así como a la situación de abandono que padecen, el hecho de sufran violencia a consecuencia de una acción u omisión de las autoridades es alarmante, puesto que dichas personas carecen de la red de apoyo familiar que las pueda proveer de protección, de modo tal que su seguridad depende exclusivamente de la acción gubernamental a través de las personas que les brindan asistencia.

569. Por otra parte, se hicieron diversas menciones respecto de que las personas adultas mayores llevaban a cabo actividades que les implica realizar un esfuerzo mayor al que su condición les permitía. En este sentido, se recabaron, entre otros, los comentarios siguientes:

En la comida, a las personas que están enfermas y no pueden caminar las obligan a llevar su plato a la barra aunque les sea difícil y les implique un gran esfuerzo.

Ellos lavan su ropa, el baño y las regaderas; la ropa la lavan en el baño.

Cada tres meses le cambian las cobijas, por eso él lava su sobrecama, las fundas de las almohadas y su ropa.

En la lavandería sólo le lavan la ropa a sus consentidos.

[Persona invidente] Él lava su ropa, hace el aseo de su lugar y lo trapea; el personal de limpieza sólo hace el aseo una vez a la semana.

En su cuarto lava el personal de intendencia dos veces por semana. Se mantiene limpio porque ellos mismos limpian su espacio.

Ella lava su ropa, asea dormitorios y escusados.

Ellos lavan su ropa, le ofrecen el servicio y él no lo acepta porque se la regresan con animales o no la regresan.

570. Otra situación que causó gran preocupación fue la falta de información respecto a las acciones realizadas por los centros para ubicar a las familias de las personas beneficiarias y establecer contacto con éstas; así como para obtener información por parte de las personas beneficiarias en este sentido. Para muestra algunos ejemplos:

- A lo largo del recorrido varios beneficiarios se acercaron a las y los visitantes con la intención de proporcionarles teléfonos y direcciones de sus familiares, con la finalidad de estable-

cer contacto con éstos. Al cuestionar a las autoridades de uno de los centros, en este sentido, refirieron que muchos de los beneficiarios eran generadores de violencia en sus hogares, por lo que las familias ya no querían establecer contacto con ellos, así como que los beneficiarios padecían problemas de salud mental y que la información que proporcionaban no era verídica.

- Por otro lado, se ubicaron casos de personas que sufrieron accidentes en la calle o se extraviaron y no recordaban dónde se encontraba su familia. En estos casos no existía información respecto de que las autoridades de los centros hubieran realizado una búsqueda exhaustiva con la finalidad de que las y los beneficiarios adultos mayores pudieran, en los casos que así correspondía, restablecer contacto con sus familias.
- Por último, cabe señalar que se identificaron casos en que las personas adultas mayores beneficiarias refirieron no contar con el dinero para regresar a sus lugares de origen (Veracruz, Guatemala, etc.). Tomando en consideración que fueron varios casos, resulta preocupante que las autoridades de los centros no contaran con un programa y/o hubieran definido hasta el momento una serie de acciones encaminadas a contar con los recursos humanos y financieros para enviar a las personas adultas mayores a sus lugares de origen y reintegrarlas con sus familias.

571. Personas adultas mayores de la mayoría de los centros manifestaron su preocupación por los problemas de robo que existen en los mismos. En este sentido refirieron como responsables del robo al personal del centro y a otras personas beneficiarias. Entre los comentarios realizados, las y los visitantes recabaron los siguientes:

La beneficiaria no tiene brazos y refirió que otras beneficiarias abusan de ella y le roban su dinero y su ropa porque no se puede defender.

Le robaron un radio y su ropa, otros usuarios que salen a la calle a venderlos.

Los hermanos [personas cristianas] les hacen reuniones y les regalan ropa, pero el personal se las quita porque es buena.

Una persona de limpieza manifestó que las beneficiarias sufren... robo por parte de algunas trabajadoras. Refirió que ella ha visto cómo les roban sus pertenencias y dinero.

Tenía un *locker* para guardar sus cosas, pero la dirección se lo quitó; después lo vio en el basurero. Lo malo es que ahora le van a robar sus cosas porque no tiene dónde guardarlas...

Sólo ocupan tres edificios y los demás los rentan. En el cuarto azul duermen en el suelo y no tienen dónde guardar sus cosas y eso les afecta porque hay muchos problemas de robo.

Con su tarjeta del GDF compró una televisión que estaba en su cuarto, pero las trabajadoras se la llevaron y la tienen en trabajo social.

Refirió sentirse tranquilo, sin embargo, aclaró que otros usuarios le roban, por eso la luz está prendida toda la noche y no se pueden dormir.

El usuario refirió que tenía unas chancas de plástico pero al despertar el día de hoy ya no estaban, las reportó pero no le hicieron caso; anda descalzo.

572. Respecto a esta problemática, es importante señalar que la sustracción o distracción de los objetos y/o recursos económicos de las personas adultas mayores representa un daño irreparable, en la in-

mensa mayoría de los casos, debido a que éstas se encuentran en situación de abandono familiar y social; así como en estado de vulnerabilidad social, entre otras cosas, por la imposibilidad de proveerse de los recursos económicos necesarios para vivir en condiciones dignas y de forma independiente.

573. En otras palabras, las personas adultas mayores beneficiarias de los centros no tienen posibilidad de reponer las pertenencias que les son robadas y ello, es grave pero toma mayor relevancia si consideramos que dichas pertenencias son lo único que poseen, por lo que su pérdida les genera no sólo un daño patrimonial, sino angustia y tristeza.

574. Por su condición de vulnerabilidad y debido a que se encuentran en la etapa final de un proceso biológico y cronológico, sus pertenencias poseen, en muchos de los casos, un valor y significado emocional muy importante y para éstas es imposible sustituirlas y, por ende, recuperarlas.

575. Por otra parte, en uno de los centros se observó a un gran número de personas beneficiarias que utilizaban sillas de ruedas para desplazarse que no estaban en condiciones mecánicas apropiadas para su adecuado funcionamiento, puesto que presentaban las siguientes irregularidades: 1) algunas carecían de respaldo; 2) otras carecían de ruedas o éstas presentaban oxidación; y 3) otras carecían de apoyos o descansos para los pies y los brazos.

576. En otro de los centros, varias beneficiarias manifestaron su preocupación porque las autoridades restringen sus posibilidades de practicar libremente sus creencias religiosas. Lo anterior, toda vez que:

- Entre las autoridades y el personal del centro hay personas cristianas y, por ello, sólo permiten que accedan al inmueble las personas que difunden esta creencia entre las beneficiarias.
- Cuando el sacerdote católico acudía al centro no le proporcionaban las facilidades necesarias para realizar la homilía y ofrecer a las beneficiarias la comunión.
- Autoridades y/o personal del centro eran “groseras” con el sacerdote por lo que éste sólo acudía esporádicamente. Sin embargo, las últimas ocasiones le negaron el acceso y, a partir de ese momento, ya no ha regresado.
- Las beneficiarias refirieron que para ellas es muy importante poder comulgar y escuchar la homilía, porque la religión es su “refugio”.

577. Lo anterior es lamentable, porque la mayoría de las beneficiarias no contaba con recursos económicos y/o con las condiciones de salud adecuadas para poder acudir a la iglesia, por lo que estas acciones limitaban considerablemente su derecho a practicar sus creencias religiosas.

578. Una de las problemáticas más graves evidenciada en las visitas efectuadas fue la falta de personal médico especializado para atender las necesidades de las personas adultas mayores beneficiarias. Esto, particularmente en tres especialidades: geriatría, psiquiatría y nutrición.

579. Lo anterior es sumamente grave, porque los padecimientos comunes de las personas adultas mayores requieren de forma constante este tipo de atención especializada.

580. Ninguno de los seis centros visitados cuenta con un especialista en los padecimientos de salud relacionados con el envejecimiento. La falta de un médico geriatra impide que los centros puedan hacer una valoración óptima de los padecimientos de salud que enfrentan las personas adultas mayores y, por ende, estén en posibilidad de diagnosticarlos y prescribirlos adecuadamente.

581. De igual forma, a pesar de que la mayoría de los centros (cuatro de ellos) tienen como beneficiarias a personas adultas mayores con problemas de salud mental, en ninguno de los casos se cuenta con un especialista en psiquiatría que pueda ofrecer un diagnóstico sobre éstas y prescribirles el medicamento adecuado a su enfermedad.

582. En el marco de una entrevista con visitadores de esta Comisión, personal médico de uno de los centros hizo evidente su preocupación por esta situación. En este sentido, refirieron que aun cuando ellos no cuentan con los conocimientos necesarios para hacer una valoración psiquiátrica, la realizan y prescriben psicotrópicos a las personas adultas mayores.

583. Manifestaron que se ven obligados a realizar estas valoraciones porque en la mayoría de los casos no es posible realizar la canalización para que las personas beneficiarias reciban la atención requerida, por lo que tratan de buscar entre los medicamentos disponibles aquellos que puedan funcionar como paliativos para los padecimientos que presentan.

584. La magnitud del problema se bifurcaba, por un lado, en el riesgo que representaba para la salud de las personas beneficiarias la prescripción de medicamentos inadecuados, así como la falta de diagnósticos confiables y oportunos; y por el otro, el hecho de que la falta de control sobre las personas beneficiarias con problemas de salud mental repercutía en el óptimo funcionamiento del centro y en el bienestar del resto de las personas beneficiarias.

585. La falta de un especialista en nutrición la situación es delicada, pues la omisión de dietas especializadas repercute indudablemente en la salud de las personas beneficiarias.

586. Otro problema de gran magnitud, observado en el marco de las visitas a los centros, fue la falta de agua.

587. El impacto de esta deficiencia se traduce, entre otras cosas, en la imposibilidad de garantizar la higiene en espacios primordiales para impedir afectaciones a la salud de las personas beneficiarias, como lo son las áreas de cocina y baño, el aseo personal y lavar sus prendas.

588. Lo anterior incumple con lo establecido en el Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal, que en el capítulo III establece la provisión de agua potable mínima en las edificaciones, y que en el caso de los asilos y orfanatos es de una dotación mínima de 300 litros/huésped/día.

589. Al respecto, las autoridades de dos de los centros refirieron que el suministro de agua no era permanente en el área debido a que la población beneficiaria padece problemas de salud mental y manipula inadecuadamente el suministro, lo que provocaba el desperdicio del agua, por un lado y por el otro, les representaba un riesgo.

590. Respecto al segundo punto, autoridades de uno de los centros refirieron que el acceso al área de regaderas, así como el suministro de agua era controlado por el personal debido a que algunas beneficiarias habían sufrido accidentes, entre ellos, quemaduras en el área de regaderas. Independientemente de lo anterior, lo cierto es que, esta problemática ponía en riesgo la salud de las beneficiarias, por lo que se deben buscar alternativas de solución.

591. Finalmente, respecto a las visitas realizadas a los Centros de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal, es importante señalar que, aun cuando las problemáticas que enfrentan en algunos de los rubros eran graves y requerían de atención inmediata, se pudo observar que la mayoría del personal estaba realizando un esfuerzo por mejorar las condiciones del servicio, a pesar de las limitaciones de recursos e infraestructura que enfrentaban.

592. Con base en la valoración realizada es preciso reconocer el esfuerzo realizado por todos los centros, pero en particular el de Iztapalapa y el de la Plaza del Estudiante, donde se observó que, a pesar de enfrentar las mismas carencias que el resto de los centros, gracias al trabajo realizado por su personal (administrativo, operativo y médico), las personas adultas mayores recibían un servicio asistencial de mayor calidad.

593. En ambos casos, el personal mostró tener un mejor manejo y mayor conocimiento de la situación en que se encontraban los centros (debilidades y fortalezas) y, lo que es mejor, de las problemáticas que enfrentaban las personas adultas mayores y las posibles rutas para atenderlas.

594. Al igual que en el caso de las IAP, las personas beneficiarias de los centros manifestaron agradecimiento por el servicio asistencial que les es otorgado. En este sentido, uno de los beneficiarios manifestó: “de no ser por el CAIS, todos los hombres que ve aquí pasaríamos la noche en la calle, sin tener nada que comer y ¿por qué no?, tal vez delinquiendo. El CAIS ha sido de gran ayuda para la comunidad de Tepito, no hay duda”.

595. Precisamente por lo anterior, resulta lamentable, independientemente de las razones que se hayan tenido, que el Gobierno del Distrito Federal haya decidido cerrar este centro.

596. La CDHDF reconoce y agradece, por un lado, el esfuerzo referido anteriormente y, por el otro, la invaluable disposición y colaboración del personal de los centros en el marco de la realización de las visitas que hicieron posible el presente informe.

4. Asociaciones civiles

597. Debido a la naturaleza del servicio asistencial que otorgan las AC visitadas, tal como se refirió anteriormente, no fue posible presentar los resultados de las visitas a las mismas de la forma en que fueron presentados los relativos a las IAP y los CAIS.

598. De hecho, resulta imposible realizar una valoración conjunta sobre las mismas AC, debido a que los servicios asistenciales que otorgan no son de la misma modalidad.

599. Por otro lado, es importante aclarar que, aun cuando en el caso de la asociación civil Un Grano de Arena se aplicaron los instrumentos de medición, no es posible presentar los datos arrojados por la visita debido a que éstos atienden a una situación individual y, considerando que en el caso de las IAP y los CAIS se hace referencia a un conjunto, hacerlo sería desproporcional y redundaría en perjuicio no sólo de esta asociación sino del conjunto de asociaciones que ofrecen este tipo de servicio asistencial, pues existiría el riesgo de que fueran valoradas a partir de dicha individualidad.

600. A continuación se abordarán tres asociaciones con la única finalidad de exponer el tipo de servicio asistencial que brindan.

a) UN GRANITO DE ARENA, A. C.

601. Esta asociación otorga servicio asistencial en la modalidad de casa hogar en seis establecimientos (tres de los cuales fueron visitados), donde se brinda alojamiento, alimentación y, atención médica básica.

b) FUERZA Y VOLUNTAD DE 22 CAMPESINOS, A. C. , Y COMUNIDAD PARTICIPATIVA TEPITO

602. Debido a la naturaleza del servicio asistencial que otorgan estas instituciones, no fue posible aplicar los instrumentos diseñados para conocer el estado que guardan los derechos humanos de las personas beneficiadas.

603. No obstante, cabe advertir que en ambas asociaciones se encontraron buenas prácticas en este sentido. Particularmente:

604. En el caso de Comunidad Participativa Tepito, el modelo de asistencia que otorgan “alternativa al asilo”, permite que las personas adultas mayores cuenten con una vivienda propia, digna, decorosa y segura que, por un lado, les permite mantener su privacidad e individualidad y, por el otro, contar con un margen de independencia que ayuda a que tengan una valoración positiva de sí mismas.

605. Si bien es cierto que, la residencia solitaria en el caso de personas adultas mayores puede llegar a representar un riesgo debido, a los requerimientos que se desprenden de su estado de salud; también lo es que Comunidad Participativa Tepito ha consolidado una red de transferencias de apoyo en torno a las personas beneficiarias de esta modalidad de asistencia, que hace posible que la misma sea una alternativa viable y segura para ellas.

606. Por otro lado, esta asociación realiza una fuerte labor de apoyo a las personas adultas mayores de esa comunidad, a través de pláticas y cursos sobre temas de su interés, atención médica, talleres de manualidades, actividades recreativas, excursiones, etcétera.

607. Estos programas impactan positivamente a 130 personas adultas mayores de la comunidad, de las cuales 54 acuden diariamente al centro de apoyo y las restantes participan de manera eventual en diversas actividades.

608. En cuanto a la labor de asistencia que realiza Fuerza y Voluntad de 22 Campesinos también se encontraron aspectos positivos. Al igual que en el caso anterior, ofrecen servicios asistenciales de entre los que destacan: atención médica (revisión general y atención oftálmica), apoyo de lentes, cursos de temas de interés para esta población, talleres, excursiones y actividades recreativas.

609. En este caso, el esfuerzo es evidente considerando que los recursos con que cuentan son mínimos. A pesar de ello, sus acciones han tenido un impacto positivo en 120 personas adultas mayores de la comunidad.

610. Por último, respecto a las dos asociaciones, resulta imprescindible destacar que en las visitas realizadas a sus instalaciones las personas adultas mayores expresaron reiteradamente la forma en que el servicio asistencial del que son beneficiarias ha incidido en el mejoramiento de su calidad de vida y, en el incremento, de su autoestima.

Conclusiones



611. Antes de dar a conocer las conclusiones respecto a la situación que guardan los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas en las IAP y los CAIS visitados, es importante realizar algunas precisiones.

612. En primer lugar, advertir que brindar servicio asistencial a personas adultas mayores es una tarea de suma complejidad por diversas razones, entre las que destacan:

1. Falta de recursos. Tanto en el ámbito público como en el privado se enfrentan serios problemas para contar con los recursos necesarios para brindar a las personas adultas mayores servicios asistenciales integrales de calidad. Entre las razones que provocan esta problemática en el ámbito público se encuentran las siguientes:
 - Los recursos del erario destinados a este rubro no se definen con base en las necesidades reales de atención y, por ende, resultan insuficientes para atender la demanda actual. Ello, entre otras cosas, debido a que: *a)* actualmente no se cuentan con datos firmes que señalen las necesidades asistenciales de este grupo poblacional (porcentaje de este grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad y, por ende, podría requerir asistencia social; características específicas de las personas adultas mayores que no están sujetas a asistencia y la requieren; problemáticas que enfrentan los centros de asistencia gubernamental para brindar un servicio asistencial de calidad; requerimientos de las personas beneficiarias de los centros de asistencia gubernamental...); y *b)* no existe un diagnóstico que permita identificar el impacto de la transición demográfica en la demanda de servicios asistenciales de personas adultas mayores a corto, mediano y largo plazo.
 - No existe una política pública que atiendan las diferentes acciones realizadas para ofrecer asistencia a personas adultas mayores. La forma en que funcionan actualmente los centros de asistencia gubernamental muestra que no hay una estrategia para brindar atención asistencial integral y especializada, por ello, los recursos destinados a esta tarea no se aprovechan de la mejor forma y, resultan escasos para satisfacer la demanda y características de la atención requerida.
2. En el caso de las IAP la falta de recursos, atiende primordialmente, a los siguientes motivos:
 - La percepción negativa que se tiene de la vejez ocasiona que este grupo poblacional sea uno de los menos beneficiados por los donativos destinados a la asistencia. De este modo, la recaudación de recursos se vuelve una tarea complicada y frustrante para las instituciones privadas que atienden a personas adultas mayores.
 - Es triste y lamentable reconocer que la falta de información, comprensión y sensibilidad respecto de la situación que enfrentan las personas adultas mayores que requieren de asistencia social ha arrojado como saldo que a los ojos del benefactor de la asistencia privada, resulte más loable la causa de las niñas y los niños, las mujeres, los indígenas y otros grupos en situación de vulnerabilidad.
 - No debiera ser así, todos y cada uno de los grupos en situación de vulnerabilidad deben tener las mismas posibilidades para superar las problemáticas que enfrentan; así como para poder ejercer y gozar plenamente sus derechos. Lamentablemente, en una ciudad donde sobra la desigualdad y escasean los recursos, es común priorizar la atención de determinados grupos.
 - La ausencia de una política pública para atender las necesidades de este sector repercute, también, de forma negativa en el sector privado, pues las instituciones se enfrentan a la indiferencia gubernamental para asumir la responsabilidad de apoyar la tarea que realizan.

3. Las instituciones y centros de asistencia gubernamental enfrentan fuertes problemas para contar con el personal que requieren para brindar, de forma integral, el servicio asistencial a personas adultas mayores, primordialmente, por lo siguiente: *a)* no hay personal especializado (gericulturistas, gerontólogos, geriatras, especialistas en nutrición geriátrica) suficiente para atender la demanda actual de servicios; *b)* a consecuencia de lo anterior, se requiere una mayor inversión de recursos para contar con dicho personal y mejorar, de este modo, la calidad de los servicios.
4. La atención de personas adultas mayores conlleva un fuerte desgaste emocional y físico. El personal que trabaja en las instituciones y los centros de asistencia enfrenta a diario un sin número de situaciones que los obligan a:
 - Realizar esfuerzos físicos considerables a fin de ofrecer a las personas adultas mayores el apoyo que requieren (asear y vestir a las personas dependientes; asistir en el baño a personas semidependientes; cambiar el pañal a quienes sufren problemas de incontinencia; apoyar a las personas beneficiarias que enfrentan dificultades para caminar; cargar a las personas dependientes para recostarlas, ayudarlas a subir a su silla de ruedas).
 - Vivir situaciones de estrés y desgaste emocional (acompañar a las personas beneficiarias que sufren de abandono familiar; presenciar el deterioro de salud física y mental de las personas beneficiarias; enfrentar la frustración cuando a pesar del apoyo que se brinda a la persona adulta mayor, no es posible que ésta supere la situación emocional o de salud que enfrenta). Ello, repercute indudablemente en la calidad del servicio asistencial que se otorga a las personas adultas mayores, así como en el ambiente laboral que se vive al interior de los centros e instituciones.
 Lo anterior provoca que el personal decida abandonar el empleo o realice, en algunos de los casos, su trabajo con cansancio y, lo que es más grave aún, sin la motivación y el compromiso que es requerido para garantizar asistencia social de calidad.
5. Debido a las características de la población adulta mayor, así como a la diversidad de sus requerimientos asistenciales, las instituciones y los centros enfrentan problemas para contar con la infraestructura y el mobiliario necesarios para brindar el servicio. La inversión de recursos que se requiere para superar esta barrera excede las posibilidades económicas de un gran número de instituciones y, de la totalidad, de los centros de asistencia gubernamental.

613. La CDHDF tiene pleno conocimiento de que las instituciones de asistencia privada y los centros de asistencia gubernamental se enfrentan día con día a estos retos, así como del esfuerzo que realizan para apoyar a las personas adultas mayores.

614. En el caso particular de las IAP, es preciso advertir que su labor es digna de un reconocimiento mayor porque abarca los espacios que la gestión pública ha olvidado, desatendido o, en el mejor de los casos, le ha resultado imposible atender.

615. No se debe olvidar que la responsabilidad de brindar asistencia social a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, entre ellos las personas adultas mayores, compete al gobierno. Por ello, las instituciones privadas y asociaciones civiles que desempeñan esta función deben contar con todo el apoyo gubernamental que requieren para seguir realizando esta tarea.

616. De no ser por el esfuerzo, trabajo y compromiso de las instituciones privadas y asociaciones civiles la mayoría de las personas adultas mayores que actualmente son beneficiarias de la asistencia social

no tendrían esta posibilidad. El resultado: difícilmente podrían acceder a la calidad de vida que tienen hoy, su situación de vulnerabilidad sería considerablemente mayor y, lo que es más grave aún, muchas de ellas enfrentarían en una terrible soledad el rechazo y abandono familiar que padecen.

617. En atención a los puntos desglosados, las conclusiones dadas a conocer a continuación y las propuestas que de ellas se desprenden, no buscan ventilar irregularidades, sino identificar problemáticas y ofrecer alternativas de solución para hacer posible que las instituciones y los centros realicen su trabajo en mejores condiciones y, de este modo, puedan ofrecer a las personas adultas mayores servicios de asistencia social garantizándoles el respeto, goce y ejercicio de sus derechos humanos.

618. Las conclusiones y propuestas siguientes parten de una visión de los derechos humanos y no de una óptica asistencial (que es la que, en principio, regula a los centros, instituciones y asociaciones). Por lo mismo, en ocasiones se valorarán parámetros que no están incluidos en los lineamientos asistenciales establecidos en la normatividad vigente (Ley de Asistencia Social, normas oficiales mexicanas, entre otras). No obstante, forman parte del marco de referencia en el presente trabajo derivado de la finalidad específica del mismo.

A. Derecho a una vida con calidad

1. Instituciones de asistencia privada

619. De la valoración realizada se desprende que el conjunto de IAP visitadas, por un lado, realizaba una serie de acciones a nivel operativo, y por el otro, contaba con recursos suficientes para ofrecer a las personas adultas mayores beneficiarias una vida con calidad. En general, las instituciones ventilaron buenas prácticas en este sentido; de hecho todas cumplieron al menos de forma parcial con los indicadores tomados en consideración.

620. No obstante, de lo anterior se identificaron algunas debilidades en este rubro:

- Desconocimiento de las leyes y normas relacionadas con el servicio asistencial que otorgan.
- Falta de sensibilización del personal de los derechos de las personas adultas mayores.
- Ausencia de diagnósticos e información estadística que permitieran identificar las necesidades de atención de las personas adultas mayores y mejorar el servicio asistencial.

621. En las entrevistas con las personas beneficiarias se recabaron distintos testimonios sobre algunas políticas y lineamientos internos que pudieran afectar su calidad de vida, entre ellos, restricción del uso de recursos (disponibilidad de agua caliente, luz, etcétera).

2. Centros de asistencia e integración social

622. En el caso de los centros de asistencia gubernamental, la realidad era otra. Aun cuando contaban con algunas buenas prácticas, en general, las acciones operativas y los recursos de que disponían eran insuficientes para garantizar a las personas beneficiarias una vida con calidad. En este sentido, los puntos medulares que requerían atención eran los siguientes:

- Total desconocimiento de las leyes y normas relacionadas con el servicio asistencial que otorgan.

- Insuficiencia de recursos (materiales, financieros y, en ocasiones, humanos), así como de infraestructura adecuada para garantizar y otorgar el servicio.
- Ausencia de programas para informar y sensibilizar a su personal en relación con los derechos de las personas adultas mayores, así como falta de capacitación y evaluación periódica del mismo.
- Ausencia de diagnósticos e información estadística que permitieran identificar las necesidades de atención de la persona adulta mayor y mejorar el servicio asistencial.
- Falta de herramientas que permitieran recabar las opiniones, quejas o sugerencias de las personas beneficiarias y sus familiares respecto al servicio asistencial.

623. Por otro lado, de las entrevistas realizadas se muestra que la falta de especialización del servicio asistencial tenía repercusiones en el efectivo goce y ejercicio de este derecho, toda vez que, como se ha mencionado, el que se otorguen servicios asistenciales indiferenciadamente a personas de diferentes grupos etarios y a personas que no enfrentan la misma condición de salud (mental), afecta el estado anímico de las personas beneficiarias y dificulta el mantenimiento de espacios dignos y seguros.

B. Derecho a la no discriminación

1. Instituciones de asistencia privada

624. De la evaluación practicada y de los parámetros establecidos en ella se observa que la planeación, programación e implementación de actividades de las IAP garantizaba la inclusión de todas las personas adultas mayores, independientemente de su condición y capacidades.

2. Centros de asistencia e integración social

625. En general, al igual que en las IAP, la forma en que los centros visitados definían, planeaban y ejecutaban sus actividades garantizaba el efectivo goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a la no discriminación.

626. Empero, cabe advertir que en este ámbito, los CAIS enfrentaban una debilidad que no debe pasar inadvertida: en su mayoría, no tomaban en consideración la opinión de las personas beneficiarias para definir sus actividades. Esto incidía en dos aspectos: por un lado ventilaba que no ofrecían el servicio asistencial a partir de una concepción positiva de la vejez, donde se reconociera a las personas adultas mayores como sujetos de derechos; y por el otro, limitaban su libertad de expresión y la posibilidad de que éstas tuvieran una adecuada valoración respecto de sí mismas.

C. Derecho a una vida libre de violencia

1. Instituciones de asistencia privada

627. En este derecho los resultados son poco alentadores. Se encontró que en su gran mayoría, las IAP no cumplían con la realización de actividades y/o la implementación de programas encaminados a garantizar su efectivo goce, ejercicio y respeto. De hecho, la valoración conjunta de las instituciones evidenció la existencia de problemas serios en este ámbito:

- Ausencia de mecanismos para atender a las personas adultas mayores que habían sido y/o eran víctimas de violencia, por un lado; y prevenir, identificar y, en su caso, corregir o san-

cionar acciones de violencia en su agravio por parte de sus familiares, de otras personas beneficiarias, así como del personal que colaboraba en las mismas, por el otro.

- Falta de dispositivos orientados a informar y capacitar al personal para la adecuada atención a las personas beneficiarias que presentaban características de violencia.

628. A lo anterior habría que sumar la preocupación señalada en las entrevistas respecto del trato inadecuado, así como la falta de atención y consideración que llegaban a recibir las personas beneficiarias por parte del personal que labora y/o colabora con las instituciones.

2. Centros de asistencia e integración social

629. Al igual que en el caso de las IAP, la valoración conjunta arroja un saldo negativo; ninguno de los centros realizaba actividades o programas que permitieran garantizar a las personas adultas mayores una vida libre de violencia. En este sentido, se enfrentaban fuertes debilidades:

- En su gran mayoría no contaban con algún tratamiento para atender a las personas adultas mayores que habían sido y/o eran víctimas de violencia, así como con mecanismos para prevenir, identificar y, en su caso, corregir o sancionar acciones de violencia en su contra por parte de sus familiares, de otras personas beneficiarias, así como del personal que colaboraba en las mismas.
- Carecían de acciones orientadas a informar y capacitar al personal con la finalidad de dotarlos de herramientas adecuadas para brindar atención a las personas beneficiarias víctimas de violencia e intervenir en su favor frente a esta situación.

630. Por otro lado, en las entrevistas a las personas adultas mayores también se recabaron datos que evidenciaron un fuerte problema en este sentido: falta de cuidado por parte de los centros para impedir que las personas adultas mayores fueran víctimas de diversas manifestaciones de violencia por parte de otras personas beneficiarias —en este caso, debido a la falta de especialización del servicio asistencial otorgado— y/o del personal.

D. Derecho a ser respetadas en su persona

1. Instituciones de asistencia privada

631. Se encontró que las IAP no establecían actividades encaminadas a garantizar un nivel adecuado de autoestima de las personas adultas mayores beneficiarias, lo cual podría representar una afectación al goce y ejercicio del derecho que éstas tienen a ser respetadas en su persona, por los motivos que ya se han expuesto.

2. Centros de asistencia e integración social

632. En el caso de los centros de asistencia gubernamental tampoco se logró identificar la realización de acciones encaminadas a incidir positivamente en el goce y ejercicio de este derecho por parte de las personas adultas mayores.

633. En este sentido, causaron particular preocupación las manifestaciones relativas a las restricciones —en al menos uno de los centros— que enfrentaban las personas adultas mayores para practicar libremente sus creencias religiosas.

E. Derecho a ser protegidas contra la explotación

1. Instituciones de asistencia privada

634. De la valoración realizada se desprende que en su gran mayoría las instituciones garantizaban –por la forma en que participaban las personas adultas mayores en actividades que generaban algún ingreso, de mantenimiento y/u operativas– el efectivo goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores beneficiarias a ser protegidas contra la explotación.¹⁶⁶

2. Centros de asistencia e integración social

635. Del mismo modo, en el caso de los centros de asistencia gubernamental, se observó que la forma en que participaban las personas adultas mayores beneficiarias en las actividades que generaban algún ingreso, de mantenimiento y/u operativas, garantizaba el ejercicio, goce y respeto de su derecho a ser protegidas contra la explotación.

636. Sin embargo, fue posible identificar un aspecto que podría incidir de forma negativa en relación a este derecho. De las entrevistas realizadas se desprendieron posibles irregularidades administrativas respecto del manejo de la pensión alimentaria otorgada por el gobierno capitalino.

F. Derecho a recibir protección

1. Instituciones de asistencia privada

637. De la valoración realizada, en general, las IAP realizaban las acciones requeridas para canalizar a las personas beneficiarias a las dependencias públicas competentes cuando así lo requerían; así como para difundir información preventiva y de cuidados relacionados con las personas adultas mayores, entre éstas, sus familiares y el personal de la institución, por lo que contribuían al respeto de este derecho.

638. Empero, se encontró una debilidad sustancial: en su gran mayoría, las instituciones no realizaban acción alguna que tuviera como finalidad promover la convivencia de las personas adultas mayores con sus familiares y la comunidad. Esto podría limitar las transferencias de apoyo, en particular, de protección, en favor de las personas adultas mayores.

639. Aunado a lo anterior, se encontró que la falta de cuidado por parte del personal hacia las personas adultas mayores –y en ocasiones, la carencia de recursos humanos– ventilaba una deficiencia de las instituciones respecto de la salvaguarda del derecho de éstas a gozar de protección.

2. Centros de asistencia e integración social

640. La situación de los CAIS resultó preocupante. Excepto en lo relativo a la canalización de las personas beneficiarias a las dependencias públicas competentes, en su gran mayoría, los centros no realizaban las acciones tendentes a incidir positivamente en el goce y ejercicio de este derecho.

¹⁶⁶ No obstante, las autoridades de una de las instituciones no generaron certeza respecto del destino de los recursos obtenidos por las actividades realizadas por las personas beneficiarias, lo cual podría ventilar una irregularidad en el manejo de los mismos, que incidiera en una afectación a este derecho.

641. Lo anterior, como resultado de:
- La falta de difusión de información preventiva y de cuidado respecto de las personas adultas mayores entre su personal, las personas beneficiarias y las familias de éstas.
 - La ausencia de actividades destinadas a promover la convivencia entre las personas adultas mayores beneficiarias, sus familiares y la comunidad, en aras de fomentar canales para incentivar las transferencias de apoyo en beneficio de este grupo, particularmente por lo que hace a la protección.
642. Aunado a lo anterior, de las entrevistas sostenidas con las personas beneficiarias, se desprendieron evidencias que ventilaban la falta de cuidado por parte de las autoridades de los centros para proteger a las personas adultas mayores de conductas delictivas cometidas en su agravio (principalmente de robos y agresiones físicas).

G. Derecho a gozar de oportunidades

1. Instituciones de asistencia privada

643. El saldo de las IAP por lo que hace a este derecho es negativo. En su gran mayoría, las IAP no cumplían con la realización de actividades que incidieran positivamente para que las personas adultas mayores pudieran gozar de oportunidades. En este sentido, las principales deficiencias eran:

- Falta de programas de alfabetización y educación entre las personas adultas mayores beneficiarias.
- Ausencia de programas o convenios con instituciones públicas de salud.
- Falta de programas de capacitación que buscaran beneficiar a las personas adultas mayores a través del conocimiento de alguna técnica u oficio que les permitiera contar con ingresos propios.
- Insuficiencia de apoyo a las personas adultas mayores para propiciar el conocimiento y ejercicio de sus derechos.

2. Centros de asistencia e integración social

644. Al igual que las IAP, los centros de asistencia gubernamental enfrentaban grandes carencias en este sentido, pues, en su gran mayoría:

- No promovían la alfabetización y educación entre las personas beneficiarias.
- No contaban con programas y convenios con instituciones públicas de salud que permitieran a las personas adultas mayores tener la oportunidad de acceder oportunamente a servicios de salud adecuados.
- No brindaban apoyo a las personas adultas mayores para favorecer que éstas aprendieran alguna técnica u oficio que les permitiera mejorar sus condiciones de seguridad económica.
- No facilitaban a través de diversas acciones que las personas adultas mayores tuvieran conocimiento de sus derechos, para estar en condiciones de ejercerlos.

645. Aunado a lo anterior, es preocupante el hecho de que ninguno de los centros cumpliera con su responsabilidad de ofrecer a las personas adultas mayores actividades ocupacionales, recreativas y sociales, toda vez que ello limitaba la posibilidad de que éstas se potencializaran para gozar de oportunidades a través de su desarrollo intelectual, físico y creativo.

H. Derecho a vivir en entornos dignos, decorosos y seguros

1. Instituciones de asistencia privada

646. Las IAP visitadas, en general, cumplían con adecuadas condiciones de limpieza, mantenimiento e infraestructura y mobiliario en las diferentes áreas observadas. Lo anterior ventila que proporcionaban el servicio asistencial a las personas adultas mayores en entornos dignos y decorosos.

647. Por lo que hace a la seguridad, se observó que las instituciones llevaban a cabo una serie de medidas encaminadas a garantizarla; sin embargo, había deficiencias por subsanar. En su gran mayoría las instituciones:

- No contaban con salidas de emergencia que estuvieran funcionando adecuadamente y garantizaran así la seguridad de las personas adultas mayores en caso de siniestro. La falta de esta medida es grave en sí misma; sin embargo, resulta alarmante si tomamos en consideración que la misma torna inútiles otras medidas de seguridad (sistemas de alarma sonoro, de iluminación o humo, etcétera).
- Del mismo modo, la mayoría de las instituciones no contaba con señalamientos para ubicar lugares de resguardo en caso de emergencia.
- Se apreció una ausencia de sistemas de detección de humo.
- No contaban con programas o comités de protección civil.

648. Es importante señalar que la falta de medidas de protección civil adecuadas colocaba a las personas adultas mayores en situación de riesgo; por ello, las instituciones deberán implementar en el corto plazo medidas para dar solución a los puntos identificados anteriormente.

2. Centros de asistencia e integración social

649. A diferencia del caso de las IAP, la situación de los centros de asistencia gubernamentales resulta alarmante. La gran mayoría de los centros no contaba con las condiciones necesarias de limpieza y mantenimiento para proporcionar servicio asistencial a las personas adultas mayores en lugares dignos y decorosos. Al respecto, destacaron los siguientes puntos:

- No se realizaban acciones constantes de aseo profundo en las instalaciones. Esto resulta particularmente grave en el caso de las áreas prioritarias para garantizar la salud de las personas beneficiarias (baño y cocina).
- La falta de mantenimiento en las diversas áreas observadas ventilaba la falta de cuidado por parte de las autoridades de los centros para garantizar a las personas beneficiarias contar con espacios dignos, decorosos y seguros.
- La escasez de agua en los diversos centros, en particular, la falta de una toma de agua y/o sistema de almacenamiento propios en uno de ellos, resultaba preocupante, pues ello redundaba, en detrimento de la higiene y, por consiguiente, de la salud de las personas beneficiarias. Además imposibilitaba contar con espacios salubres y dignos.

650. En relación a lo anterior, es importante destacar que la falta de mantenimiento repercutía en el bienestar y la calidad de vida de las y los beneficiarios, si tomamos en cuenta que algunas fallas podían propiciar condiciones insalubres que constituían un riesgo potencial para su salud o su seguridad (pueden ocasionar accidentes).

651. En la infraestructura y el inmobiliario, se encontraron algunos aciertos (disponibilidad de áreas para tomar el sol y realizar valoraciones médicas, existencia de rampas para discapacitados), pero distaban de ser óptimos (en sus medidas de accesibilidad) para brindar servicio asistencial a la población adulta mayor.

652. Las carencias en este rubro se traducen en las siguientes afectaciones para las personas adultas mayores beneficiarias: dificultad para acceder a áreas prioritarias como consultorios, comedor y/o dormitorios; y carencia de mobiliario adecuado para garantizarles seguridad y un nivel adecuado de calidad de vida (literas de concreto, falta de pisos antiderrapantes y pasamanos en las escaleras, regaderas y sanitarios insuficientes, ausencia de regaderas con extensión, etcétera).

653. En lo que respecta a las medidas de seguridad, independientemente de la vigilancia con que contaban los centros, la situación resultaba grave:

- La gran mayoría de los centros no contaba con señalamientos para ubicar rutas de evacuación, salidas de emergencia y lugares de resguardo.
- La totalidad de éstos carecía de señalamientos que indicaran qué hacer en caso de incendio o temblor, así como de sistemas de iluminación, de emergencia y detección de humo.
- La gran mayoría carecía de alarma de emergencia sonora.
- Incluso en los casos en que se contaban con extintores, éstos había caducado, por lo que en ninguno de los centros se cumplía con esta medida de protección civil.
- No contaban con programas o comités de protección civil.

654. Además de lo anterior, habría que sumar el descuido por parte de las autoridades de los centros para:

- Restringir el acceso de personas beneficiarias a áreas que pueden representar un riesgo para su seguridad, particularmente la cocina.
- Contar con medidas de seguridad para prevenir y evitar que las personas beneficiarias adultas mayores pudieran padecer abusos y violencia por parte de otras personas beneficiarias y el personal.

I. Derecho a la alimentación

1. Instituciones de asistencia privada

655. La valoración –con base en lo referido por las personas beneficiarias– permitió observar que, en general, las IAP realizaban las acciones necesarias para garantizar a las personas adultas mayores el acceso a alimentos.

656. Sin embargo, cerca de 10% de las personas adultas mayores entrevistadas manifestaron que la porción de alimentos que les era proporcionada por las instituciones resultaba insuficiente.

2. Centros de asistencia e integración social

657. La valoración de este derecho –con base en lo referido por las personas beneficiarias– evidenció un cumplimiento suficiente respecto al suministro de alimentos; sin embargo, se hicieron latentes problemáticas que afectan el efectivo goce del derecho a la alimentación:

- Falta de dietas especiales para personas que debido a padecimientos de gastritis, diabetes e hipertensión, tienen requerimientos nutricionales específicos.
- Porciones de alimentos insuficientes (incluso en alimentos básicos como el agua y el número de tortillas que se les proporcionan).
- Calidad insuficiente de los alimentos (tanto por el sabor, como por el estado de los alimentos).

J. Derecho a la salud

1. Instituciones de asistencia privada

658. La valoración realizada permitió observar que, en general, las IAP realizaban las acciones necesarias para brindar a las personas adultas mayores beneficiarias una atención médica básica (de primer nivel). Empero, de las entrevistas se desprende que existen deficiencias por subsanar:

- Falta de personal médico suficiente para responder a la demanda de los servicios de atención médica de forma oportuna.
- Falta de canalización oportuna a los servicios de salud de segundo y tercer niveles.
- Desconocimiento por parte de las personas beneficiarias respecto de los medicamentos que se les proporcionaban.

659. En este rubro, sería importante que se adoptaran medidas para atender las problemáticas anteriores, pues por su condición de adultas mayores, las personas beneficiarias enfrentan una propensión mayor a presentar padecimientos que les representan el deterioro permanente de su estado de salud y, con ello, de su calidad de vida y estado emocional.

2. Centros de asistencia e integración social

660. La percepción generalizada de las personas beneficiarias respecto de la atención médica en los CAIS ventila que las autoridades de éstos procuran brindarles servicios de atención médica de primer nivel. A pesar de ello, se identificaron deficiencias que generan preocupación:

- Insuficiencia de personal médico y de enfermería para satisfacer los requerimientos de atención de la población; así como negativa de este personal a brindar los servicios correspondientes.
- Insuficiencia de medicamentos para cubrir las necesidades básicas de las personas y falta de suministro de medicamentos prescritos por instituciones psiquiátricas o médicas de segundo y tercer niveles.
- Falta de servicios médicos especializados, en especial de geriatría, psiquiatría y nutrición, que permitieran realizar valoraciones adecuadas para brindar un tratamiento adecuado y oportuno.
- Falta de canalización oportuna a los servicios de salud de segundo y tercer niveles.
- Falta de confianza en los diagnósticos y prescripciones realizadas por el personal médico.

Propuestas



A. Propuestas generales

1. Política pública

661. El Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Desarrollo Social debe planear una política pública dirigida específicamente a satisfacer gradualmente los requerimientos de atención asistencial de la población adulta mayor de esta ciudad.

662. Esta política debe partir de un diagnóstico a través del cual se hayan identificado, entre otros, los siguientes requerimientos de la asistencia social a las personas adultas mayores:

- Nivel de demanda actual y proyecciones de la demanda en el corto y mediano plazo.
- Características de la población adulta mayor que actualmente es beneficiaria de la asistencia social o requiere ser beneficiada por la misma (sexo, grupos etarios, condición de salud, nivel de instrucción, lengua, situación social, estado civil).
- Con base en lo anterior, se deberá buscar la especialización de los servicios de asistencia social a fin de que éstos den cabida a la diversidad de requerimientos de la población adulta mayor. Se buscará que dicha especialización beneficie, en primera instancia, a las personas que enfrentan una situación de vulnerabilidad mayor, entre las que se encuentran las longevas, las mujeres y las que padecen problemas crónicos de salud o alguna discapacidad.
- Nivel de demanda de asistencia social de acuerdo con la modalidad del servicio (casa de día, centro de pernocta, casa hogar, centro de cuidados prolongados, entre otras).
- Características de la infraestructura y el mobiliario requeridos para brindar asistencia por cada tipo de modalidad del servicio asistencial.
- Características y personal requerido para brindar asistencia social a través de las diferentes modalidades.
- Información actual sobre las problemáticas que enfrentan los sectores público, privado y social para ofrecer servicios asistenciales integrales de calidad a personas adultas mayores.

663. El presupuesto público destinado a la asistencia social en beneficio de las personas adultas mayores debe ser acorde al gasto necesario para avanzar en la implementación de las acciones, programas y proyectos de esta política pública y, de este modo, al logro de sus objetivos.

2. Elaborar el Registro del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal

664. El Gobierno del Distrito Federal debe convocar a todos quienes en el ámbito público, privado y social ofrecen servicios de asistencia social a personas adultas mayores con la finalidad de elaborar el Registro del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

665. A través de este registro se deberá ser conocer, entre otros datos: 1) el universo y características de las instituciones de asistencia privada, asociaciones civiles e instancias del ámbito gubernamental que ofrecen servicios de asistencia social; y 2) las características de la población beneficiaria, incluidas aquéllas referentes al grupo poblacional al que pertenecen –mujeres, niñas, niños, personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas indígenas, personas con problemas de salud mental– y las especificidades individuales –sexo, grupos etarios, condición de salud, nivel de instrucción, idioma, situación social, estado civil–.

666. Este registro deberá contar con un método que brinde información actualizada y veraz respecto del Sistema de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, por lo que su planeación deberá ser producto del consenso de los actores que a través de los ámbitos público, social y privado ofrecen servicio asistencial a todos los grupos.

667. Este registro deberá realizarse en el menor tiempo posible para que la información recabada pueda utilizarse de forma inmediata y así mejorar las acciones gubernamentales de asistencia social que se realizan actualmente, así como para definir la política pública referida en la propuesta 1.

3. Reglamentar la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal

668. El Gobierno del Distrito Federal debe realizar las gestiones necesarias para hacer posible la reglamentación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, en aras de que ésta pueda ser exigible.

669. El reglamento de esta ley deberá ser producto del trabajo conjunto de los diferentes actores involucrados en la materia: instancias gubernamentales, legisladores, expertos en el tema, sociedad civil y, por supuesto, personas adultas mayores.

4. Realizar una campaña de difusión

670. El Gobierno del Distrito Federal debe realizar una campaña de difusión entre los sectores público, privado y social que cumpla los objetivos siguientes:

- Romper con la obsoleta concepción que relaciona a la asistencia social con “la caridad al desamparado”, pues de ahí devienen un sin número de las barreras que se enfrentan para ofrecer servicios de calidad. Las personas adultas mayores (así como las del resto de los grupos en situación de vulnerabilidad) deben ser vistas como sujetos de derechos y, en consecuencia, quienes les proveen servicios de asistencia deben actuar como responsables de hacer valer el respeto, goce y ejercicio de sus derechos. Lo anterior, tomando en consideración su situación de vulnerabilidad.
- Promover que el servicio asistencial a personas adultas mayores sea entendido de forma integral; es decir, crear conciencia en el sentido de que la calidad del servicio asistencial y, por ende, el nivel de vida de las personas beneficiarias es resultado de la interdependencia existente entre todos y cada uno de los rubros que conforman el servicio.

El servicio asistencial no puede ni debe ser entendido de forma segregada, porque de la interrelación de los diferentes aspectos que la constituyen depende el efectivo goce, ejercicio y respeto de la esfera de derechos humanos de las personas a que beneficia.

Ignorar este punto tendrá invariablemente como consecuencia una inadecuada utilización de los recursos financieros, humanos y materiales que, por un lado, entorpecerá la funcionalidad armónica del servicio asistencial y, por el otro, permitirá la continuidad de la vulneración de los derechos humanos de las personas a quienes beneficia.

5. Corregir y renovar los mecanismos de evaluación aplicados

671. La Secretaría de Desarrollo Social a través del Iasis debe corregir —con base en los resultados arrojados por este informe y la información pública que se tenga respecto de la asistencia social otorgada a personas adultas mayores—, y renovar los mecanismos de evaluación aplicados por los centros de asistencia del sector público para evaluar los programas y proyectos en beneficio de esta población.

672. Se debe identificar a qué problemáticas atiende la falta de una valoración objetiva (renuencia por parte de las autoridades administrativas de las instituciones, falta de recursos, falta de capacitación del personal que realiza la valoración) respecto del funcionamiento de los centros de asistencia gubernamental.

673. En relación con lo anterior, es importante que el trabajo realizado por el personal de las instituciones sea valorado a la luz de las carencias de recursos (económicos y humanos) e infraestructura y mobiliario con que operan actualmente los centros y, que de la valoración objetiva, en caso de ser conducente, no se desprenda una sanción al personal sino apoyo para ofrecer alternativas de solución a las problemáticas actuales.

674. Para definir en qué medida se deberán modificar los programas y proyectos de evaluación la Secretaría de Desarrollo Social deberá buscar el apoyo del personal de los centros, así como de especialistas en la materia (nutrición, geriatría, psiquiatría, ingeniería, arquitectura, sociología, gerontología, trabajo social y psicología).

675. Por último, es importante advertir, que cualquier esfuerzo por mejorar la calidad del servicio asistencial que ofrecen actualmente los centros resultará inútil si éste no parte de la percepción que las personas beneficiarias tienen del servicio.

676. En consecuencia, se deberá diseñar y aplicar un mecanismo que permita recoger la opinión que las personas adultas mayores tienen de los rubros prioritarios del servicio asistencial, garantizando que ésta sea obtenida sin ningún tipo de presión.

6. Convocar a los sectores social y privado

677. El Iasis debe realizar las gestiones necesarias para convocar a los sectores social y privado en aras de colaborar con ellos en la realización de una evaluación de los mecanismos actuales para valorar los programas y proyectos de asistencia social otorgados a personas adultas mayores.

678. Al igual que en el caso de los centros de asistencia gubernamental, para lograr una valoración objetiva se deberá contar con el apoyo de especialistas, de personas de las instituciones y asociaciones, y de la opinión de las personas adultas mayores beneficiarias.

679. En este caso, el Iasis debe apoyar, particularmente a la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAPDF) para que cuente con todas las facilidades para hacer posible los ajustes necesarios a los mecanismos que implementan actualmente para evaluar el trabajo de las instituciones.

7. Definir una estrategia de financiamiento

680. El Iasis debe definir una estrategia para apoyar permanentemente a las instituciones de asistencia privada y asociaciones civiles en la obtención de financiamiento y estímulos fiscales con la finalidad de apoyarlos en la tarea que realizan en beneficio de las personas adultas mayores.

681. Es importante señalar que este apoyo deberá estar dirigido prioritariamente a las instituciones que actualmente enfrentan fuertes carencias de recursos para seguir operando, así como a las que brindan servicio a personas beneficiarias que no cuentan con recursos.

B. Propuestas específicas para los CAIS y las IAP

1. Acciones de promoción y difusión

682. En aras de fomentar una cultura de respeto y erradicar las acciones de abuso y violencia en agravio de las personas adultas mayores —que en la inmensa mayoría de los casos redundan en la vulneración del efectivo respeto, goce y ejercicio de sus derechos humanos— los CAIS y las IAP deberán aplicar campañas de promoción, sensibilización y difusión al personal que colabora con ellas, a las familias y a las propias personas beneficiarias, que partan de una concepción positiva de la vejez en los siguientes términos:

- La vejez es parte de un proceso del ciclo de vida que acarrea cambios específicos en la esfera biofísica; sin embargo éstos no se traducen de manera alguna en la pérdida de la posibilidad de gozar plenamente de un estado de bienestar físico, psicológico y/o social.
- Las personas adultas mayores forman parte de un grupo en situación de vulnerabilidad que, como tal, requiere de una atención que parta invariablemente de la consideración de sus necesidades específicas y particularidades.

683. Persiguiendo la misma finalidad los CAIS y las IAP deberán difundir a su personal, a las personas beneficiarias (tanto adultas mayores como del resto de los grupos de edad, en caso de que el servicio asistencial se otorgue de manera conjunta) y a sus familias, información relativa a lo siguiente:

- Las personas adultas mayores son personas de derechos y el trato que se les brinda debe in-soslayablemente partir de esta premisa.
- Como resultado de su condición de vulnerabilidad, las personas adultas mayores cuentan con derechos específicos. Existe una obligación general de respetarlos y garantizarlos.
- Debido a su género, edad y situación de salud; las mujeres, las personas longevas y las personas con algún padecimiento crónico de salud o con alguna discapacidad enfrentan una situación de vulnerabilidad mayor que el resto de las personas adultas mayores. En atención a ello, los servicios de asistencia que les son otorgados deben partir en todo momento de los requerimientos que se desprenden de su situación específica.
- La situación de vulnerabilidad que aqueja a las personas adultas mayores es resultado, en gran parte, de los falsos estereotipos que giran en torno a éstas, por lo que la falta de acciones y actitudes para erradicarlos en el ámbito asistencial incentivan esta condición. En otras palabras, pensar y actuar a partir de una concepción negativa de la vejez incide en el menoscabo del efectivo goce, ejercicio y respeto de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

684. En aras de dar a conocer la forma en que determinadas acciones y/u omisiones por parte de las personas que se relacionan con las personas adultas mayores (en particular, de sus familiares y, del personal que labora en las instituciones y los centros que les brindan asistencia) afectan la esfera de derechos de las mismas, los CAIS y las IAP deberán difundir:

- La información relativa a los resultados del presente informe, particularmente, la que muestra la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores institucionalizadas.
- Las buenas prácticas detectadas y la forma en que éstas contribuyen a garantizar tales derechos.

- Las prácticas del personal que redundan en detrimento de los derechos de las personas adultas mayores.

2. Acciones tendientes a procurar el derecho a una vida con calidad

a) ESPACIOS E INSTALACIONES

685. Con la finalidad de brindar servicio asistencial a las personas adultas mayores en espacios dignos, decorosos y seguros, los CAIS y las IAP deberán tomar medidas necesarias para garantizar lo siguiente:

- Mantener en condiciones óptimas la limpieza de todas las áreas destinadas a las diversas tareas del servicio asistencial; particularmente, en las que una falta de higiene pudiera traducirse en el menoscabo o deterioro de la salud de las personas beneficiarias (área de cocina, dormitorios, baños).
- Generar mecanismos que permitan evaluar de forma oportuna las deficiencias de higiene de las áreas prioritarias, así como realizar las acciones necesarias para atacar las problemáticas coyunturales y, avanzar paulatinamente hasta solucionar el problema de fondo.
- Conservar en buenas condiciones de mantenimiento las áreas utilizadas para brindar servicios a las personas beneficiarias. En este sentido, se deberá priorizar la atención de aquellas deficiencias de mantenimiento que representan un riesgo para la seguridad de las personas beneficiarias (cableado visible, pisos irregulares, etcétera).
- El suministro de agua, para la higiene de las personas beneficiarias, para la preparación de sus alimentos y la limpieza de las instalaciones.
- La utilización de infraestructura e inmobiliario adecuados y con las medidas de accesibilidad necesarias para ofrecer servicio asistencial a personas adultas mayores; en este sentido, se debe poner particular atención en las áreas de baño y dormitorio, por ser los espacios de que más usan las personas beneficiarias, así como aquellos donde las deficiencias pueden ocasionar los mayores riesgos (falta de: alarmas médicas, pasamanos y pisos antiderrapantes, etcétera).
- Contar con las medidas de protección civil necesarias para garantizar la seguridad de las personas beneficiarias en caso de siniestro (señalamientos para ubicar rutas de evacuación, salidas de emergencia y lugares de resguardo, alarmas sonoras, de luz y de humo, extintores vigentes, etcétera). En relación con éstas, garantizar la revisión periódica de su adecuado funcionamiento.
- Establecer un programa y comité de protección civil capacitado para asistir a la población beneficiaria en caso de siniestro y difundir, entre las personas beneficiarias, el personal de la institución y los centros la información, las dinámicas que en materia de protección civil se deben aplicar para garantizar la seguridad.
- Adoptar las medidas de vigilancia necesarias que aseguren las condiciones de seguridad tanto del inmueble como de las personas beneficiarias y el personal asistencial.
- Elaborar lineamientos que definan políticas que garanticen la seguridad del inmueble, de las personas beneficiarias y del personal asistencial. En el caso de las segundas, se deberá poner particular atención a la restricción de acceso a lugares que representan un riesgo (el área de cocina, espacios aislados de las áreas destinadas a la asistencia, etcétera).

b) SERVICIO

686. Los CAIS y las IAP deberán tomar las medidas necesarias que garanticen ofrecer a las personas beneficiarias un servicio asistencial de calidad, que otorgue el efectivo goce, ejercicio y respeto de sus derechos. Para ello, deberán:

- Garantizar que el personal operativo, médico y administrativo tenga pleno conocimiento de las leyes y normas relacionadas con el servicio asistencial; en particular, de los temas relacionados con los ámbitos en que ellos colaboran.
- Instaurar programas de detección oportuna de las necesidades de las personas beneficiarias, de los cuales se desprenderán los diagnósticos e información estadística que deberán ser utilizados con la finalidad de mejorar la calidad del servicio asistencial otorgado.
- Desarrollar mecanismos que hagan posible hacer llegar a las áreas correspondientes las opiniones, quejas y/o sugerencias de las personas beneficiarias y sus familiares de los diversos factores que conforman la atención asistencial. Al respecto, se deberán establecer las vías de atención y/o conciliación correspondientes.
- Garantizar la suficiencia de recursos (materiales, financieros y humanos) para otorgar un servicio asistencial de calidad. Para ello, se deberá buscar el apoyo gubernamental o privado.
- Establecer lineamientos claros del perfil de las personas beneficiarias sujetas a la asistencia, de manera tal que, gradualmente, sea posible avanzar en la especialización del servicio. Esto, a fin de evitar que la oferta de servicio asistencial de forma indiferenciada, a personas de diversos grupos etarios y/o condiciones de salud (particularmente, mental), ocasione el detrimento en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

En tanto se logra la especialización del servicio, se deberán efectuar medidas de seguridad suficientes para que la convivencia entre las personas con diferentes estados de salud (física o mental) y de diferentes grupos etarios, no afecte el estado anímico de las personas beneficiarias y/o dificulte el mantenimiento de espacios dignos, decorosos y seguros.

- Establecer dispositivos que permitan la oportuna prevención, identificación, corrección y, en su caso, sanción de cualquier tipo de acción que implique abuso o violencia en agravio de las personas beneficiarias, ya sea por parte de sus familiares, de otras personas beneficiarias o del personal que colabora en las instituciones o centros.

Respecto del personal se deben implementar acciones que permitan conocer si, a pesar de las medidas anteriores, hay casos de reincidencia de abuso y violencia. En caso de reincidencia, se deberán establecer sanciones más severas –acordes al tipo de abuso y violencia cometido por el personal en agravio de las personas adultas mayores–, incluyendo la suspensión parcial o definitiva de labores.

- Aplicar mecanismos de atención integral que permitan a las personas adultas mayores que han sido y/o son víctimas de violencia, afrontar esta condición y avanzar paulatinamente en la mejora de su estado de salud (físico y emocional).
- Difundir programas de información preventiva y técnicas de cómo cuidar a las personas adultas mayores entre el personal, las personas beneficiarias y sus familias.
- Promover actividades que incentiven la convivencia entre las personas adultas mayores beneficiarias, sus familias y la comunidad, en aras de fomentar canales para crear y consolidar transferencias de apoyo en beneficio de este grupo.
- Realizar programas para promover la alfabetización y la educación entre las personas adultas mayores.

- Diseñar programas de capacitación que beneficien a las personas adultas mayores a través del conocimiento de alguna técnica u oficio que les permita contar con ingresos propios cuando así lo requieran y/o deseen.

687. Para garantizar los derechos a la alimentación y la salud de las personas beneficiarias, se deberán tomar las medidas siguientes:

- Establecer mecanismos para verificar las condiciones en las que se conservan, preparan y sirven los alimentos, a fin de que éstos sean proporcionados con adecuada higiene y en buen estado para evitar que, por motivos de insalubridad, las personas beneficiarias contraigan alguna enfermedad o infección. En este sentido, también debe corroborarse que existe una adecuada higiene en el personal encargado de la preparación de los alimentos.
- Garantizar que personal médico y especialistas en nutrición y geriatría revisen los diagnósticos de las personas beneficiarias, para que determinen los tipos de dieta que deben proporcionarse.
- Una vez realizado lo anterior, se elaboren dietas específicas acordes a las necesidades de salud y condiciones físicas (en el caso de las personas que carecen de dentadura) que presenten las personas beneficiarias. De igual manera, deben garantizar dietas adecuadas para las personas beneficiarias que no presenten algún padecimiento que requiera de una dieta específica.
- A partir de los diagnósticos y de las dietas establecidas, deben tomarse las medidas necesarias para que se brinde a las personas beneficiarias alimentos en porciones suficientes y acordes a sus diagnósticos, que les garanticen los nutrientes requeridos. Además, se deberán evaluar los horarios en que dichos alimentos deben proporcionarse (para evitar distanciamientos prolongados que afecten el estado de salud de las personas adultas mayores).
- Tomando en consideración las condiciones y circunstancias de las personas beneficiarias, personal médico deberá realizar recorridos periódicos en las instalaciones para verificar el estado de salud de las personas beneficiarias.
- Aplicar mecanismos que garanticen la existencia de historiales clínicos actualizados, con la finalidad de prever y atender oportunamente los padecimientos presentados por las personas beneficiarias.
- Adoptar las medidas necesarias para contar con la infraestructura –que incluya el equipo y mobiliario–, el personal –incluyendo médicos generales y especialistas en geriatría, psiquiatría, nutrición y trabajadoras sociales (que hagan las canalizaciones y gestionen los apoyos necesarios)–, y los medicamentos necesarios y suficientes para atender adecuadamente los requerimientos de salud de las personas beneficiarias.

Siglas y acrónimos

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ALDF	Asamblea Legislativa del Distrito Federal
AC	Asociación Civil
CPND	Campaña Permanente por la No Discriminación
CAIS	Centro de Asistencia e Integración Social
CAPEA	Centro de Atención a Personas Extraviadas y Ausentes
CAVI	Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar
Cariva	Centro de Atención a Riesgos Victimales y Adicciones
Adevi	Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento
Ecosoc	Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social
Celade	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Conapo	Consejo Nacional de Población
Conapred	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
DGIDS	Dirección General de Igualdad y Diversidad Social
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
EMPAM-DF	Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006
Sabe	Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento
FIV	Federación Internacional de la Vejez
GDF	Gobierno del Distrito Federal
GIE	Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento
IBAM	Índice de Bienestar para el Adulto Mayor
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IAP	Institución de Asistencia Privada
Iasis	Instituto de Asistencia e Integración Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Indesol	Instituto Nacional de Desarrollo Social
INEG	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Insen	Instituto Nacional de la Senectud
Inapam	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JAPDF	Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
STC-Metro	Sistema de Transporte Colectivo Metro
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIF-DF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal
TSJDF	Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal
UAPVIF	Unidad de Atención y Prevención a la Violencia Intrafamiliar
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Bibliografía

- Anzaldo, Carlos, *et al.*, “Distribución territorial de los adultos mayores”, en Conapo, *La situación demográfica de México, 2004*, diciembre de 2004.
- Aranibar, Paula, *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL/Celade, diciembre de 2001.
- Arriagada, Irma, *Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia*, Santiago de Chile, CEPAL/División de Desarrollo Social, abril de 2006.
- Butler, Robert, *La revolución de la longevidad*, Nueva York, International Longevity Center, s. f. en <http://www.unesco.org/courier/1999_01/sp/dossier/txt11.ht>.
- Cecchini, Simone y Andras Uthoff, *Reducción de la pobreza, tendencias demográficas y mercado de trabajo en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL/División de Desarrollo Social, julio de 2007.
- CIESS/OPS, *Problemas y programas del adulto mayor*, México, 1997.
- CEPAL, “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas” documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- CEPAL/Celade, *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, diciembre de 2007.
- Chackiel, Juan, *Envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?*, Santiago de Chile, agosto de 2000.
- Conapo, *Envejecimiento de la población en México, reto del siglo XXI*, México, julio de 2004.
- , *Glosario de términos*, México en <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>>.
- , *Índices demográficos para adultos mayores*, México, diciembre de 2002, en <<http://www.conapo.gob.mx/micros/anciano/adultmay.xls>>.
- Del Popolo, Fabiana, *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL/Celade, noviembre de 2001.
- Grupo Consultor Interdisciplinario, “Transición demográfica: ¿Hacia dónde?”, *Carta de Política Mexicana*, núm. 303, 25 de octubre de 2002.
- Grupo Consultor Interdisciplinario, “Retrato del migrante (los mexicanos del otro lado)”, *Carta de Política Mexicana*, núm. 369, 3 de junio de 2005.
- Guzmán, José Miguel, *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL/Celade, mayo de 2002.
- Huenchuan, Sandra, *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*, Proyecto Implementation of the Madrid Plan of Action on Ageing and the Regional Conference on Ageing (UNFPA), Santiago de Chile, CEPAL/Celade, abril de 2004.
- INEG, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*, 1 de octubre de 2005, en <<http://www.inegi.gob.mx>>.
- INEG, *Indicadores sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002)*, México, 2004.
- INEG, *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, 2005.
- INEG, II Censo de población y vivienda 2005, México, en <<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005>>.
- ONU, Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 12 de abril de 2002.
- ONU, *Reseña del estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, 2007.

- Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento, 1982.
- Recomendación clave de *Uncertainty rules our lives*, Bangladesh, HelpAge International, 2000.
- Secretaría de Desarrollo Social, *La política social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006. Una valoración general*, noviembre de 2006.
- Secretaría de Salud, *Estudio de percepción 2005 sobre la operación y beneficios de la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal*, México, 2005.
- Serie sobre Tratados OEA, núm. 69, suscrita 17 de noviembre de 1988, reimpresso en Documentos Básicos relacionados a los Derechos Humanos del Sistema Interamericano, OEA (1992).
- Tuirán, Rodolfo *et. al.*, *Los derechos de las personas de la tercera edad*, México, CNDH, 2003.
- Tuirán, Rodolfo, *Retos y oportunidades demográficas de México en el siglo XXI*, México, Conapo, 2000.
- United Nations, *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*, Nueva York, 2007, en <<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>>.
- Vargas, Luis Alberto, “Aspectos sociales y culturales de la alimentación del adulto mayor” en *Problemas y programas del adulto mayor*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1997.
- Viveros Madariaga, Alberto, *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*, Santiago de Chile, CEPAL/Celade, diciembre de 2001.

Instrumentos jurídicos

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.
- Ley de Instituciones de Asistencia Privada del Distrito Federal.
- Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal.

Normas oficiales

- NOM-167-SSA1-1997, (para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores).
- NOM-169-SSA1-1998, (para la asistencia social alimentaria a grupos en riesgo).
- NOM-001-SSA2-1993, (que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud).
- NOM-093-SSA1-1994, (bienes y servicios, prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos).

Jurisprudencia

- A/RES/47/05, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Proclamación sobre el envejecimiento, 16 de octubre de 1992.

- A/RES/54/24, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, *Seguimiento del año internacional de las personas de edad: una sociedad para todas las edades*, 2 de febrero de 2000.
- A/RES/57/93, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, *Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, 24 de junio de 2002.
- Corte IDH, *Caso Villagrán Morales y otros*, sentencia de 19 de noviembre 1999, serie C, núm. 63.
- E/CN.5/2004/6, Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, *Modalidades de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, 11 de diciembre de 2003.
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm. 6, Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Adultas Mayores.
- ONU, *Informe del relator especial sobre el derecho a la alimentación*. E/CN.4/2001/53, 7 de febrero de 2001.
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm. 12, El Derecho a una Alimentación Adecuada.
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm. 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto nivel Posible de Salud.
- ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observación General núm. 24, La Mujer y la Salud.
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General núm. 6, Sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas de Edad.
- Principios de París relativos al Estatuto y Funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos.
- Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos, artículos 16, 18.2 y 18.3, disponible en <[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridocda.nsf/\(Symbol\)/A.RES.53.144.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridocda.nsf/(Symbol)/A.RES.53.144.Sp)>.

Anexos



A. Instrumentos

GUÍA PARA REALIZAR VISITAS EN LAS FUNDACIONES O ASOCIACIONES QUE BRINDAN ASISTENCIA A PERSONAS ADULTAS MAYORES

Fecha ___/___/___

Hora: _____

Nombre de la fundación o asociación: _____

Domicilio y teléfono: _____

Año en que inicia a prestar sus servicios: _____

Nombre y cargo de quien autoriza: _____

Nombre del entrevistado/a: _____

Cargo del entrevistado/a: _____

Capacidad de atención a población (especificar capacidad máxima y ocupación actual): _____

Horario de atención: _____

Número de colaboradores que participan en la institución, en cada una de sus áreas: _____

Apoyo de voluntarios (especificar número): _____

¿Cuáles son los requisitos de admisión?: _____

¿Estos requisitos son explicados y dados a conocer a los solicitantes del servicio y/o a sus familiares?: _____

¿Cuáles son las causales de suspensión del servicio a los beneficiarios?: _____

¿Estas causales son del conocimiento del beneficiario y/o sus familiares?: _____

<p>Modalidad del servicio:</p> <p>1) Casa hogar: _____ 2) Centro de día: _____ 3) Albergue: _____</p> <p>4) Ayuda económica: _____ 5) Ayuda en especie: _____</p>



Servicios:

1) Alojamiento: _____ 2) Alimentación: _____ 3) Vestido: _____

4) Atención médica: _____ 5) Enfermería: _____ 6) Psicología: _____

7) Trabajo social: _____ 8) Nutrición: _____ 9) Geriatria: _____

10) Tanatología: _____ 11) Talleres ocupacionales: _____

12) Actividades culturales: _____ 13) Actividades recreativas: _____

14) Apoyo espiritual: _____ 15) Asesoría: _____ 16) Transporte: _____

17) Donación de órtesis y prótesis: _____ 18) Donación de despensas: _____

Observaciones:

Perfil de la población			
Mujeres (especificar número de beneficiarias por rango de edad):			
60-69	70-79	80-89	90 o +
Hombres (especificar número de beneficiarios por rango de edad):			
60-69	70-79	80-89	90 o +

Observaciones:

Condición física (especificar número de beneficiarios con respecto a cada situación):

1. Independiente _____ 2. Semidependiente _____ 3. Dependiente _____

Situación económica (especificar número de beneficiarios con respecto a cada situación):

1. Con recursos _____ 2. De escasos recursos _____ 3. Sin recursos _____

Situación social (especificar número de beneficiarios con respecto a cada situación):

1. Violencia intrafamiliar _____ 2. Abandono _____ 3. Maltrato _____

4. Indigentes _____ 5. Privados de la libertad _____ 6. Inmigrantes _____

7. Indígenas _____ 8. Extraviados _____ 9. Otra (especificar) _____

Observaciones:

Objetivo de la guía: Verificar la salvaguarda de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Calificación:

0) No aplica (N/A) 1) No cumple (N/C) 2) Cumple parcialmente (C/P) 3) Cumple totalmente (C/T)


I. Derecho a la vida con calidad

	N/A	N/C	C/P	C/T
1. ¿Conoce las leyes y normas relacionadas con la prestación del servicio que ofrece para personas adultas mayores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Existe un programa de capacitación y evaluación periódica acerca del desempeño de los trabajadores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cuentan con el recurso humano suficiente para atender la demanda del servicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tienen la capacidad para garantizar el abasto de alimentos a las y los beneficiarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿La asociación garantiza que las y los beneficiarios cuenten con vestimenta acorde a sus necesidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Cuentan con infraestructura y capacidad económica suficientes para garantizar que la institución opere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cuentan con un manual de operación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Cuentan con un método de evaluación para identificar en qué medida y grado se apega la operación de la asociación al manual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Existe algún otro instrumento que defina lineamientos operativos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Cuentan con un área de procuración de fondos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Promueven la adquisición de tarjetas de beneficio social para las y los beneficiarios (descuentos, servicios, pensiones, despensa, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Cuenta con un programa para informar y sensibilizar a su personal en el tema de los derechos humanos de las personas adultas mayores? (Especificar en el área de observaciones en qué consiste el programa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Realizan diagnósticos/evaluaciones generales que permitan identificar las necesidades de atención de las y los beneficiarios a su ingreso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Existe un buzón (o área) de sugerencias/quejas para las y los beneficiarios y/o público en general, a través del cual se pueda conocer la percepción que se tiene del servicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Generan información estadística que sea útil para identificar de qué forma se puede mejorar el servicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿La institución proporciona servicio médico a las y los beneficiarios dentro de sus instalaciones? (Especificar en el área de observaciones en qué consiste la atención médica que brinda la institución)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿En caso de ser necesario canalizan a las y los beneficiarios para que reciban atención médica fuera de la institución?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

II. A la no discriminación

	N/A	N/C	C/P	C/T
18. ¿Realizan programas encaminados a la incorporación de las personas adultas mayores a actividades económicamente productivas? (Si la respuesta es C/P o C/T aplicar la pregunta 19, de lo contrario pasar a la 20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿En dichos programas se toma en cuenta la diferencia de condiciones y capacidades de las y los beneficiarios, con la finalidad de promover que todos participen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿En la organización de las actividades (culturales, deportivas, políticas, lúdicas, económicas, sociales y educativas) se toman en consideración las capacidades y condiciones de las y los beneficiarios para promover que todos participen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Cuenta con programas específicos orientados a la población femenina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Cuentan con programas específicos orientados a la población masculina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿En caso de contar con población indígena, tienen programas específicos para ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Toman en cuenta los comentarios u opiniones de las y los beneficiarios para realizar actividades culturales, deportivas, políticas, lúdicas, económicas, sociales y educativas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

III. Vida libre de violencia

	N/A	N/C	C/P	C/T
25. ¿El personal sabe qué hacer cuando identifica que un beneficiario de nuevo ingreso presenta características de violencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿Cuentan con algún mecanismo para prevenir e identificar acciones de violencia hacia las y los beneficiarios por parte de sus familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Cuando tienen conocimiento de que hay acciones de violencia hacia las y los beneficiarios por parte de sus familiares, intervienen de alguna forma para ayudar a resolver el conflicto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Cuentan con algún mecanismo para prevenir, identificar, y en su caso, sancionar o corregir acciones de violencia hacia las y los beneficiarios por parte del personal de la asociación o de otros u otras beneficiarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Existe algún tratamiento para atender a las y los beneficiarios que han padecido violencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:


IV. A ser respetado en su persona

N/A N/C C/P C/T

30. ¿Llevan a cabo actividades para promover una imagen positiva de las personas adultas mayores entre el personal, los beneficiarios y sus familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Tienen algún programa de apoyo psicológico o emocional para las y los beneficiarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:**V. A ser protegido contra la explotación**

N/A N/C C/P C/T

32. ¿Las y los beneficiarios realizan actividades por las que se genere algún ingreso? (Si la respuesta es C/P o C/T aplicar las preguntas 33, 34 y 35, de lo contrario pasar a la pregunta 36. Especificar en el área de observaciones el tipo de actividades.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Estos ingresos se otorgan a las y los beneficiarios que participan en dichas actividades? (Si la respuesta es N/C o C/P aplicar la pregunta 34, de lo contrario pasar a la 35)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿Los ingresos captados son administrados por la asociación con la finalidad de mejorar el servicio prestado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ¿Es considerada la voluntad de las y los beneficiarios para participar en estas actividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ¿Las y los beneficiarios participan en labores de mantenimiento y/o actividades operativas de la asociación? (Si la respuesta es C/P o C/T aplicar la pregunta 37, de lo contrario pasar a la 38)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. ¿Es considerada la voluntad de las y los beneficiarios para participar en estas actividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. ¿Son consideradas las condiciones y capacidades de las y los beneficiarios para ser incluidos en las actividades que generan algún ingreso y/o en las labores de mantenimiento y actividades operativas de la asociación? (Aplicar sólo si se respondió C/P o C/T en las preguntas 32 y/o 36)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

VI. Recibir protección

	N/A	N/C	C/P	C/T
39. ¿Difunde entre las y los beneficiarios, sus familiares y el personal de la asociación, información preventiva y de cuidado relacionada con las personas adultas mayores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. ¿Realizan actividades en las que participen las y los beneficiarios, su familia y la comunidad? (Se entiende como comunidad la población a la cual se brinda el servicio asistencial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. ¿Cuando las y los beneficiarios lo requieren son canalizados a las dependencias públicas competentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

VII. A gozar de oportunidades

	N/A	N/C	C/P	C/T
42. ¿Está expresamente plasmado en su objeto estatutario brindar servicio asistencial a personas adultas mayores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. ¿Promueven algún tipo de capacitación a las y los beneficiarios con la finalidad de que aprendan alguna técnica y/u oficio que les permita tener un ingreso propio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. ¿Promueven la alfabetización y educación entre las y los beneficiarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. ¿Tienen algún programa o convenio con instituciones públicas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. ¿Promueven que las y los beneficiarios tengan conocimiento de sus derechos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. ¿Facilitan que las y los beneficiarios ejerzan sus derechos? (En caso de que la respuesta sea C/P, preguntar por qué, para asignar categoría N/C o C/T)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:


VIII. Vivir en entornos seguros, dignos y decorosos

N/A N/C C/P C/T

48. ¿Cuenta con programa y/o comité de protección civil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. ¿El inmueble cuenta con vigilancia las 24 horas? (Especificar de qué tipo: portero, velador, policía, etcétera)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. ¿Cuentan con un instrumento que permita identificar si la seguridad de las y los beneficiarios está en riesgo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

Hora de conclusión de la entrevista: _____

Entrevistador/a (nombre, firma y clave): _____

Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal 2007

OBSERVACIÓN DE ÁREA DE BAÑO¹

Fecha y hora de inicio de la observación:

Observador/a (nombre y clave):

Nombre de la fundación o asociación:

Nombre y cargo de la persona que muestra las instalaciones (en caso de haberla):

I. LIMPIEZA

	Sí	No	N/A
1. ¿Hay presencia de basura (fuera de las áreas designadas para su acopio)?	O	O	O
2. ¿Hay presencia de fauna nociva o restos de ella (roedores, cucarachas, pulgas, aves, etcétera)?	O	O	O
3. ¿Hay encharcamientos (lodo, agua estancada o similares)?	O	O	O
4. ¿Se perciben olores perniciosos para la salud (orines, fecales, sustancias tóxicas, putrefacción o similares)?	O	O	O
5. ¿Hay presencia de residuos en las paredes (fecales, alimentos, etcétera)?	O	O	O

II. MANTENIMIENTO

	Sí	No	N/A
6. ¿Hay cableado visible?	O	O	O
7. ¿Hay presencia de humedad en pisos, paredes o techos?	O	O	O
8. ¿Hay paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera)?	O	O	O
9. ¿Hay pisos sin recubrimiento o con accidentes (no es plano, hay desprendimiento de loseta, etcétera)?	O	O	O
10. ¿Hay deficiencias en el funcionamiento del baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos)?	O	O	O

¹ Como área de baño, para efectos de esta observación, nos referimos al lugar que cuenta con servicio de: escusado y/o mingitorios, lavamanos y regaderas.



III. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

	SÍ	No	N/A
11. ¿Hay ventilación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿La iluminación artificial es suficiente? (tomar en consideración la dimensión del lugar y su uso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Hay servicio de regadera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Hay regaderas y baños para hombres y mujeres por separado (en caso de prestar el servicio asistencial a personas de ambos sexos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Hay pisos antiderrapantes en el área de regadera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Los baños cuentan con regaderas de teléfono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Hay pasamanos en los baños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Las dimensiones del baño son adecuadas para personas con discapacidad (puerta y regadera amplias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

Hora de conclusión de recorrido:

Observador/a (nombre, firma y clave):

Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal 2007

OBSERVACIÓN DE ÁREA DE COCINA Y ESPACIOS DE USO COMÚN

Fecha y hora de inicio de la observación:

Observador/a (nombre y clave):

Nombre de la fundación o asociación:

Área:

Nombre y cargo de la persona que muestra las instalaciones (en caso de haberla):

I. CONDICIONES DEL INMUEBLE

I.I LIMPIEZA

	Sí	No	N/A
1. ¿Hay ausencia de contenedores para la basura acumulada?	O	O	O
2. ¿Hay presencia de basura (fuera de las áreas designadas para su acopio)?	O	O	O
3. ¿Hay presencia de fauna nociva o restos de ella (roedores, cucarachas, pulgas, aves, etcétera)?	O	O	O
4. ¿Hay acumulación de polvo?	O	O	O
5. ¿Se perciben olores perniciosos para la salud (orines, fecales, sustancias tóxicas, putrefacción o similares)?	O	O	O
6. ¿Hay presencia de residuos en las paredes (fecales, alimentos, etcétera)?	O	O	O
7. ¿Hay presencia de cochambre en el área de cocina?	O	O	O

I.II MANTENIMIENTO

	Sí	No	N/A
8. ¿Hay cableado visible?	O	O	O
9. ¿Hay presencia de humedad en pisos, paredes o techos?	O	O	O
10. ¿Hay goteras en las instalaciones hidráulicas?	O	O	O
11. ¿Hay paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera)?	O	O	O
12. ¿Hay pisos sin recubrimiento o con accidentes (no es plano, hay desprendimiento de loseta, etcétera)?	O	O	O
13. ¿Hay deficiencias en el funcionamiento del baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos)?	O	O	O
14. ¿Se percibe olor a gas?	O	O	O


I.III INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

	Sí	No	N/A
15. ¿Hay ventilación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿La iluminación artificial es suficiente? (tomar en consideración la dimensión del lugar y su uso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A partir de este punto se deberá hacer un recorrido general por las instalaciones de la institución para dar respuesta a las preguntas 17 a la 33.

	Sí	No	N/A
17. ¿Hay algún espacio donde las personas puedan recibir iluminación natural directa durante el día (patio, jardín, ventanales, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Hay pasamanos en escaleras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Hay cisterna y/o tinaco que garantice el abasto permanente de agua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Hay agua en la cisterna y/o tinaco al momento de la visita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Hay energía eléctrica al momento de la visita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Hay rampas para personas discapacitadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Hay consultorio o sala de observación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. MEDIDAS DE PROTECCIÓN CIVIL

	Sí	No	N/A
24. ¿Hay señalamientos para ubicar rutas de evacuación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Hay señalamientos para ubicar las salidas de emergencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿Están funcionando las salidas de emergencia (no están bloqueadas, abren fácilmente, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Hay señalamientos para ubicar lugares de resguardo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Hay señalamientos que indiquen qué hacer en caso de incendio o temblor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Hay extintores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Están vigentes los extintores? (revisar la fecha de caducidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Hay sistema de alarma de emergencia sonoro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Hay sistema de iluminación de emergencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Hay sistema de detección de humo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

Hora de conclusión del recorrido:

Observador/a (nombre, firma y clave):

Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal 2007

OBSERVACIÓN DE DORMITORIOS

Fecha y hora de inicio de la observación:

Observador/a (nombre y clave):

Nombre de la fundación o asociación:

Nombre y cargo de la persona que muestra las instalaciones (en caso de haberla):

I. LIMPIEZA

	Sí	No	N/A
1. ¿Hay presencia de basura (fuera de las áreas designadas para su acopio)	O	O	O
2. ¿Hay presencia de fauna nociva o restos de ella (roedores, cucarachas, pulgas, aves, etcétera)?	O	O	O
3. ¿Hay acumulación de polvo?	O	O	O
4. ¿Se perciben olores perniciosos para la salud (orines, fecales, sustancias tóxicas, putrefacción o similares)?	O	O	O
5. ¿Hay presencia de residuos en las paredes (fecales, alimentos, etcétera)?	O	O	O

II. MANTENIMIENTO

	Sí	No	N/A
6. ¿Hay cableado visible?	O	O	O
7. ¿Hay presencia de humedad en pisos, paredes o techos?	O	O	O
8. ¿Hay paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera)?	O	O	O
9. ¿Hay pisos sin recubrimiento o con accidentes (no es plano, hay desprendimiento de loseta, etcétera)?	O	O	O
10. ¿Hay deficiencias en el funcionamiento del baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos)?	O	O	O

III. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

	Sí	No	N/A
11. ¿Hay ventilación?	O	O	O
12. ¿La iluminación artificial es suficiente? (tomar en consideración la dimensión del lugar y el tipo de actividad que se realiza en éste)	O	O	O
13. Número de estancias	_____		
14. Número de camas por estancia	_____		
15. Número de beneficiarios que pernoctan por estancia	_____		



	SÍ	No	N/A
16. Ropa de cama. Cuenta con:			
Colchón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impermeable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sábanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cobija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Almohada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Hay timbres de cama (alarmas médicas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Están funcionando los timbres de cama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿La estancia cuenta con baño exclusivo? (Si la respuesta es <i>no</i> , concluya el cuestionario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Hay pasamanos en el baño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Tiene regadera? (Si la respuesta es <i>sí</i> aplicar la pregunta 23, de lo contrario pasar a la 24)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿La regadera tiene pasamanos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Las dimensiones del baño son adecuadas para personas con discapacidad (puerta y/o espacio de regadera amplios)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

Hora de conclusión del recorrido:

Observador/a (nombre, firma y clave):

Observaciones:

Respecto a este instrumento, cabe hacer las siguientes precisiones:

- 1) Se asignó un punto a los dormitorios donde el número de camas por estancia era igual o menor al número de beneficiarios(as) que ahí pernoctaban.
- 2) Se consideró que la cama contaba con ropa adecuada cuando cubría al menos tres de estos cinco aspectos: colchón, impermeable, sábanas, cobija y almohada.
- 3) En los dormitorios donde no había timbres de cama, la pregunta 18 no fue considerada para hacer la evaluación.
- 4) El número de estancias no fue considerado al momento de asignar la calificación, por ello, la puntuación máxima de los dormitorios que contaban con baño era de 11 y, en los casos contrarios, de siete.

Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal 2007

OBSERVACIÓN DE ÁREA DE COMEDOR

Fecha y hora de inicio de la observación:

Observador/a (nombre y clave):

Nombre de la fundación o asociación:

Área:

Nombre y cargo de la persona que muestra las instalaciones (en caso de haberla):

I. LIMPIEZA	Sí	No	N/A
1. ¿Hay ausencia de contenedores para la basura acumulada?	O	O	O
2. ¿Hay presencia de basura (fuera de las áreas designadas para su acopio)?	O	O	O
3. ¿Hay presencia de fauna nociva o restos de ella (roedores, cucarachas, pulgas, aves, etcétera)?	O	O	O
4. ¿Hay acumulación de polvo?	O	O	O
5. ¿Se perciben olores perniciosos para la salud (orines, fecales, sustancias tóxicas, putrefacción o similares)?	O	O	O
6. ¿Hay presencia de residuos en las paredes (fecales, alimentos, etcétera)?	O	O	O

II. MANTENIMIENTO	Sí	No	N/A
7. ¿Hay cableado visible?	O	O	O
8. ¿Hay presencia de humedad en pisos, paredes o techos?	O	O	O
9. ¿Hay goteras en las instalaciones hidráulicas?	O	O	O
10. ¿Hay paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera)?	O	O	O
11. ¿Hay pisos sin recubrimiento o con accidentes (no es plano, hay desprendimiento de loseta, etcétera)?	O	O	O
12. ¿Hay deficiencias en el funcionamiento del baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos)?	O	O	O
13. ¿Se percibe olor a gas?	O	O	O



III. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

	Sí	No	N/A
14. ¿Hay ventilación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿La iluminación artificial es suficiente? (tomar en consideración la dimensión del lugar y su uso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

Hora de conclusión del recorrido:

Observador/a (nombre, firma y clave):

Observaciones:

Para las áreas de comedor donde no había baño y/o instalaciones hidráulicas qué valorar, la calificación se determinó a través de la valoración del resto de los elementos.

Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en las instituciones del Distrito Federal 2007

OBSERVACIÓN DE ÁREA DE VISITAS

Fecha y hora de inicio de la observación:

Observador/a (nombre y clave):

Nombre de la fundación o asociación:

Área:

Nombre y cargo de la persona que muestra las instalaciones (en caso de haberla):

I. LIMPIEZA		Sí	No	N/A
1.	¿Hay ausencia de contenedores para la basura acumulada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	¿Hay presencia de basura (fuera de las áreas designadas para su acopio)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	¿Hay presencia de fauna nociva o restos de ella (roedores, cucarachas, pulgas, aves, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	¿Hay acumulación de polvo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	¿Se perciben olores perniciosos para la salud (orines, fecales, sustancias tóxicas, putrefacción o similares)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	¿Hay presencia de residuos en las paredes (fecales, alimentos, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II. MANTENIMIENTO		Sí	No	N/A
7.	¿Hay cableado visible?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	¿Hay presencia de humedad en pisos, paredes o techos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	¿Hay goteras en las instalaciones hidráulicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	¿Hay paredes sin recubrimiento (yeso, aplanado, pintura, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	¿Hay pisos sin recubrimiento o con accidentes (no es plano, hay desprendimiento de loseta, etcétera)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	¿Hay deficiencias en el funcionamiento del baño (fugas o fallas de drenado en escusado, mingitorio y lavamanos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO		Sí	No	N/A
13.	¿Hay ventilación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	¿La iluminación artificial es suficiente? (tomar en consideración la dimensión del lugar y su uso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Observaciones:

Hora de conclusión del recorrido:

Observador/a (nombre, firma y clave):



**Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores
en las instituciones del Distrito Federal 2007**

ENTREVISTA A PERSONAS BENEFICIARIAS

Nombre de la fundación o asociación:

Fecha y hora de inicio de la entrevista:

Nombre de la persona entrevistada:

Edad: _____

Sexo: _____

Tiempo de estancia en la institución:

Entrevistador/a (nombre y clave):

	Sí	No	¿Por qué?
1. ¿La porción de comida que le dan es suficiente? (de ser posible, se deberá identificar si la persona requiere una dieta especial y si la institución se la proporciona, por ejemplo: personas diabéticas, hipertensas, etcétera).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. ¿El personal lo(a) trata bien? (se pretende identificar si el personal trata a los beneficiarios de forma amable, respetuosa y considerada con respecto a sus necesidades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. ¿Le brindan atención médica cuando se enferma? (preguntar de qué forma, es decir, aclarar si el servicio médico se les proporciona en la institución o son llevados a un consultorio u hospital. Precisar si cuando tienen una necesidad de atención superior a la que brinda la institución, son canalizados a las instituciones de salud competentes.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. ¿Usted sólo come los alimentos que le proporcionan aquí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



	Sí	No	¿Por qué?
5. ¿Cuando tiene un problema el personal lo(a) ayuda u orienta para solucionarlo? (aclarar que puede ser un problema de salud, con respecto al servicio de la institución, a la atención brindada por el personal, una diferencia con otro u otra beneficiaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. ¿Está satisfecho(a) con la atención médica que le proporcionan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Observaciones:

Hora en conclusión de la entrevista:

Entrevistador/a (nombre, firma y clave):

Observaciones

Aun cuando la encuesta tenía como finalidad recabar la percepción de las personas adultas mayores en relación con los aspectos señalados, en aras de respetar su derecho a expresarse libremente, generar un ambiente de confianza en el marco de la entrevista, así como de obtener información útil para realizar una interpretación más completa de la aplicación de este instrumento, los y las visitadoras preguntaron en todos y cada uno de los casos por qué la persona adulta mayor respondía de forma positiva o negativa a cada cuestionamiento.

Por otro lado, es importante aclarar que las entrevistas permitieron que los y las visitadoras realizaran una recopilación de testimonios que si bien no son una muestra representativa de la percepción que la población adulta mayor institucionalizada tiene del servicio asistencial, sí permite evidenciar las condiciones en que se encuentran y las problemáticas que enfrentan.

B. Objetivos y escalas de medición de los instrumentos utilizados

A continuación se presenta el objetivo general, así como la escala de medición utilizada en cada uno de los instrumentos de medición:

1. Entrevista a la autoridad

El objetivo de este instrumento fue obtener información general de la institución, asociación o centro: datos generales, modalidad del servicio, características de las personas beneficiarias –edad, condición física, situación económica y social–, políticas internas, programas, actividades y acciones que inciden en el respeto, goce y ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.

Es importante aclarar que, a través de esta entrevista, no se pretendió concluir si éstas violan los derechos de las personas adultas mayores, sino identificar si el servicio asistencial otorgado estaba orientado a contribuir en el respeto, goce y ejercicio de los mismos.

La entrevista fue conformada a partir de cada uno de los derechos contenidos en el apartado A del artículo 5° de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. De este modo, por cada derecho se creó una variable y a ésta fueron adjudicados determinados indicadores para su valoración, como se muestra a continuación.

Respecto de la asignación de calificación a las variables contenidas en este instrumento cabe advertir que:

- Las preguntas tenían como posibles respuestas *no aplica*, *no cumple*, *cumple parcialmente* y *cumple totalmente*.
- Cuando se obtenía como respuesta *no aplica* a una o más preguntas la escala de calificación se ajustó al puntaje máximo posible del resto de las preguntas.
- La calificación asignada a las variables se presenta en pasado (*cumplía totalmente...*) porque hace referencia únicamente al momento en que fue aplicado el instrumento y, no así, a la situación actual.
- La asignación de calificación fue determinada con base en el número de reactivos, según la escala que en adelante se señalará.
- Cada una de las variables contaba con un apartado para observaciones donde se podía ampliar la información relativa a las preguntas y/o dar constancia de otros datos de importancia para el objetivo de este instrumento.

a) DERECHO A LA VIDA CON CALIDAD

Para determinar si las instituciones, asociaciones y centros realizaban acciones para garantizar una vida de calidad a las personas adultas mayores beneficiarias, se realizaron 17 preguntas.

La calificación máxima posible era de 34 puntos, por lo que a partir de ésta, los resultados fueron agrupados de la siguiente forma:

- *Cumplía totalmente*: cuando el puntaje obtenido era de al menos 85% (29 puntos o más).
- *Cumplía parcialmente*: cuando el puntaje obtenido era de más de 50% y menos de 85% (18 y 28 puntos) del puntaje máximo.
- *No cumplía*: cuando el puntaje obtenido era de 50% o menos (igual o inferior a 17 puntos) del puntaje máximo.

b) DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

En esta variable se buscó saber si al llevar a cabo determinados programas y/o acciones, las instituciones, asociaciones y centros incidían positivamente en el respeto, goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a no ser discriminadas por su condición de adultas mayores y por su condición de género.

En este caso, no se asignó calificación, por lo que sólo se mencionan las respuestas obtenidas a cada pregunta.

c) DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Para identificar si las instituciones, asociaciones y centros visitados realizaban acciones que incidieran positivamente en el respeto, goce y ejercicio de este derecho, se les realizaron cinco preguntas a las autoridades, a través de las cuales se obtenía una calificación máxima de 10 puntos. Partiendo de dicho puntaje, los resultados se agruparon en las categorías siguientes:

- *Cumplía totalmente:* cuando el puntaje obtenido era de al menos 90% (nueve o diez puntos) del puntaje máximo.
- *Cumplía parcialmente:* cuando el puntaje obtenido era de entre 50% y 80% (entre cinco y ocho puntos) del puntaje máximo.
- *No cumplía:* cuando el puntaje obtenido era de menos de 50% (igual o inferior) del puntaje máximo.

d) DERECHO A SER RESPETADAS EN SU PERSONA

Respecto de esta variable, únicamente se realizaron dos preguntas para saber si las instituciones, asociaciones y centros realizaban acciones encaminadas a incidir positivamente en el goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a ser respetadas en su persona.

En este caso no se asignó categoría alguna, por lo que sólo se señala si las autoridades contemplaban o no los dos aspectos valorados.

e) DERECHO A SER PROTEGIDAS CONTRA LA EXPLOTACIÓN

En cuanto a este derecho, la entrevista incluyó siete preguntas que fueron analizadas de forma separada, por lo cual no se asignó calificación específica a esta variable.

f) DERECHO A RECIBIR PROTECCIÓN

En torno al derecho a recibir protección se realizaron dos preguntas. El puntaje máximo fue de cuatro puntos, con base en éste la calificación se determinó de la forma siguiente:

- *Cumplía totalmente:* cuando el puntaje obtenido era igual a 100% (cuatro puntos) del puntaje máximo.
- *Cumplía parcialmente:* cuando el puntaje obtenido era de entre 50% y 75% (dos o tres puntos) del puntaje máximo.
- *No cumplía:* cuando el puntaje obtenido era inferior a 50% (de cero a un punto) del puntaje máximo.

g) DERECHO A GOZAR DE OPORTUNIDADES

Para identificar si las instituciones, asociaciones y centros visitados realizaban acciones que incidieran positivamente en el respeto, goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a gozar de

oportunidades se realizaron seis preguntas, a las cuales correspondía una puntuación máxima de 12. Con base en dicha puntuación se estableció lo siguiente:

- *Cumplía totalmente*: cuando el puntaje obtenido era de al menos 80% (entre diez y doce puntos) del puntaje máximo.
- *Cumplía parcialmente*: cuando el puntaje obtenido era de 50% o más y menos de 80% (seis a nueve puntos) del puntaje máximo.
- *No cumplía*: cuando el puntaje obtenido era inferior a 50% (cinco o menos puntos) del puntaje máximo.

b) DERECHO A VIVIR EN ENTORNOS DIGNOS, DECOROSOS Y SEGUROS

Por último, se realizaron tres preguntas con la finalidad de saber si las instituciones, asociaciones y centros brindaban el servicio asistencial que incidiera positivamente en el goce y ejercicio del derecho de las personas adultas mayores a vivir en entornos dignos, decorosos y seguros. Partiendo de un puntaje máximo de seis, la calificación fue determinada como se muestra a continuación:

- *Cumplía totalmente*: cuando el puntaje obtenido era igual a 100% (seis puntos) del puntaje máximo.
- *Cumplía parcialmente*: cuando el puntaje obtenido era de 50% a menos de 100% (tres a cinco puntos) del puntaje máximo.
- *No cumplía*: cuando el puntaje obtenido era inferior a 50% (dos puntos o menos) del puntaje máximo.

Cabe señalar que, en este caso, las preguntas sólo guardaban relación con la seguridad de los entornos, puesto que, respecto a su condición de dignos y decorosos, la valoración se realizó a través de cinco instrumentos de observación.

2. Guía de observación de área de baño

Antes de comenzar el desarrollo relativo a las cinco guías de información utilizadas para el presente informe, es importante destacar lo siguiente:

- a) Las preguntas tenían como posibles respuestas *no aplica, sí y no*.
- b) Cuando se obtenía como respuesta *no aplica* a una o más preguntas la escala de calificación se ajustó al puntaje máximo posible del resto de las preguntas.
- c) La calificación asignada a las variables se presenta en pasado (*tenía buenas condiciones de limpieza...*) porque hace referencia únicamente al momento en que fue aplicado el instrumento y, no así, a la situación actual.
- d) La asignación de calificación, fue determinada con base en el número de reactivos, según la escala que en adelante se señalará.
- e) En cada una de las guías se destinó un apartado para realizar observaciones de las preguntas realizadas y de cualquier otra información que pudiera ser importante para el objetivo de la guía.

En el área de baño se buscó mostrar las condiciones que guardaban los rubros de limpieza, mantenimiento e infraestructura y mobiliario.

Como área de baño, para efectos de la observación realizada, se entendió el lugar destinado al aseo de las y los beneficiarias(os) que contaba con: regaderas, lavamanos, mingitorio y/o escusado.

a) LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

En el caso de las condiciones de limpieza y de mantenimiento se tomaron en cuenta cinco deficiencias. La calificación fue asignada de la forma siguiente:

- *Buenas condiciones:* cuando no fue encontrada alguna o sólo una de las deficiencias de limpieza referidas (al menos 80%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* cuando contaba con dos deficiencias (60%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* si contaba con tres o más deficiencias (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

b) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

Se valoraron ocho aspectos positivos. La calificación fue determinada de la forma siguiente:

- *Buenas condiciones:* cuando obtenía entre siete y ocho puntos (más de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* si obtenía entre cinco y seis puntos (más de 60% y menos de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* cuando obtenía cuatro puntos o menos (50% o menos) del puntaje máximo posible.

3. *Guía de observación de área de cocina y espacios de uso común*

Este instrumento está conformado por dos apartados, el primero tuvo como finalidad recabar información respecto a: limpieza, mantenimiento e infraestructura y mobiliario del área de cocina.

El segundo tenía como objetivo obtener datos de la infraestructura y el mobiliario de las áreas de uso común, así como las medidas de protección civil con que contaba la institución, asociación o centro. Esto, a través de un recorrido general por las instalaciones del inmueble.

a) LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

Para evaluar las condiciones de limpieza y mantenimiento de las cocinas se tomaron en consideración siete aspectos negativos. La calificación se determinó de la siguiente manera:

- *Buenas condiciones:* cuando no presentaba alguna o sólo una de las deficiencias (más de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* si contaba con dos o tres de las deficiencias (más de 50% y menos de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* si presentaba cuatro o más deficiencias (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

b) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

La infraestructura y mobiliario de las cocinas se observaron únicamente dos aspectos a los que no se les adjudicó calificación.

c) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO DE ÁREAS DE USO COMÚN

Se tomaron en cuenta siete aspectos positivos y la calificación se determinó de la siguiente manera:

- *Buenas condiciones*: cuando no presentaba alguna o sólo una de las deficiencias (más de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares*: si contaba con dos o tres de las deficiencias (más de 50% y menos de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones*: si presentaba cuatro o más deficiencias (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

d) MEDIDAS DE PROTECCIÓN CIVIL

Para evaluar que las instituciones, asociaciones o centros de asistencia contaran con buenas medidas de protección civil para garantizar la seguridad de las personas adultas mayores beneficiarias se tomaron en consideración 10 aspectos positivos. La calificación se asignó de la siguiente forma:

- *Buenas medidas*: si contaban con la totalidad de los aspectos valorados o al menos ocho de ellos (al menos 80%) del puntaje máximo posible.
- *Medidas regulares*: si cumplían con siete o seis de los aspectos (60% a 70%) del puntaje máximo posible.
- *Malas medidas*: si contaban con cinco o menos de los aspectos (50% o menos) del puntaje máximo posible.

4. Guía de observación de área de dormitorios

A través de la aplicación de esta guía se buscó recoger información de las condiciones de limpieza y mantenimiento e infraestructura y mobiliario.

a) LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

En el caso de las condiciones de limpieza y de mantenimiento de los dormitorios se tomaron en cuenta cinco deficiencias y la calificación se determinó de la forma siguiente:

- *Buenas condiciones*: cuando no fue encontrada alguna o sólo una de las deficiencias de limpieza referidas (al menos 80%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares*: cuando contaba con dos deficiencias (al menos 60%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones*: si contaba con tres o más deficiencias (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

b) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

En este caso, el número de aspectos considerados para determinar la calificación dependió de si el dormitorio incluía o no baño. Para evaluar el dormitorio que incluía baño, se tomaron en cuenta 11 deficiencias, por lo que se consideró lo siguiente:

- *Buenas condiciones*: cuando cumplía de nueve a once aspectos (más de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares*: si cumplía de seis a ocho aspectos (más de 50% y menos de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones*: cuando cumplía con cinco o menos aspectos (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

Cuando el dormitorio no contaba con baño, se tomaron en cuenta siete deficiencias, por lo que se consideró que éste tenía:

- *Buenas condiciones:* si cumplía con siete o seis de los aspectos (más de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* si cumplía con cinco o cuatro de los aspectos (más de 50% y menos de 85%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* cuando sólo contaba con tres o menos aspectos (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

5. Guía de observación de área de comedor

Para evaluar el área de comedor, del mismo modo que respecto de otras áreas, se tomaron en consideración tres variables: limpieza, mantenimiento e infraestructura y mobiliario.

a) LIMPIEZA

La valoración de las condiciones de limpieza del área de comedor se realizó a través de seis deficiencias, a partir de las cuales se asignaron las siguientes calificaciones:

- *Buenas condiciones:* cuando no presentaba alguna o sólo una de las deficiencias (más de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* cuando presentaba dos deficiencias (más de 65% y menos de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* si presentaba tres o más deficiencias (50% o menos) del puntaje máximo posible.

b) MANTENIMIENTO

Al mantenimiento del área de comedor se tomaron en consideración siete deficiencias para asignar las siguientes calificaciones:

- *Buenas condiciones:* cuando no presentaba alguna o sólo una de las deficiencias (al menos 85%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares:* cuando presentaba dos o tres deficiencias aspectos (más de 50% y menos del 85%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones:* si presentaba cuatro o más deficiencias (menos de 50%) del puntaje máximo posible.

c) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

En la infraestructura y el mobiliario del comedor sólo se observaron dos aspectos, sin asignar calificación alguna.

6. Guía de observación de área de visitas

Para valorar si las condiciones del área de visitas eran adecuadas se consideraron los mismos elementos que para el resto de las áreas (limpieza, mantenimiento e infraestructura y mobiliario).

a) LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

Para evaluar las condiciones de limpieza y mantenimiento del área de visitas se tomaron en cuenta seis deficiencias y les fueron asignadas las siguientes calificaciones:

- *Buenas condiciones*: cuando no presentaba alguna o sólo una de las deficiencias (más de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Condiciones regulares*: cuando presentaba dos deficiencias (más 65% y menos de 80%) del puntaje máximo posible.
- *Malas condiciones*: si presentaba tres o más deficiencias (50% o menos) del puntaje máximo posible.

b) INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

También en el área de visitas sólo se observaron dos elementos con relación a la infraestructura y el mobiliario. En este caso no se asignó calificación.

7. Entrevista a personas beneficiarias

Este instrumento tiene dos apartados. El objetivo del primer apartado fue obtener los datos generales de la persona entrevistada –nombre, edad, sexo, tiempo de estancia en la institución–; esto, además de ser útil en términos estadísticos, permitió a los y las entrevistadoras identificar si la persona se encontraba orientada en tiempo y lugar.

El segundo apartado tuvo como objetivo conocer la percepción que las personas beneficiarias tienen del servicio que les brinda la institución, asociación o centro en cuanto a alimentación, servicio médico y la atención que brinda su personal. En este caso, por cada rubro se realizaron dos preguntas.

Resulta importante aclarar lo siguiente sobre el tipo de encuesta aplicada:

- Las preguntas eran cerradas dicotómicas; es decir, se establecían únicamente dos alternativas de respuesta: *sí* o *no*.
- A través de las preguntas de opinión se buscó saber la percepción de las personas adultas mayores sobre determinados aspectos del servicio asistencial.

Ahora bien, aun cuando la encuesta tenía como finalidad recabar la percepción de las personas adultas mayores de los aspectos señalados, en aras de respetar su derecho a expresarse libremente, generar un ambiente de confianza en el marco de la entrevista, así como de obtener información útil para realizar una interpretación más completa de la aplicación de este instrumento, los y las visitadoras preguntaron en todos y cada uno de los casos por qué la persona adulta mayor respondía de forma positiva o negativa a cada cuestionamiento.

Por otro lado, es importante aclarar que las entrevistas permitieron que los y las visitadoras realizaran una recopilación de testimonios que, si bien pueden no ser una muestra representativa de la percepción que tiene la población adulta mayor institucionalizada del servicio asistencial, sí permite identificar algunos puntos que pueden ser frágiles en la atención asistencial que se está brindando.

Por último, cabe advertir que se informó a las personas beneficiarias el objetivo que perseguía la entrevista, así como el carácter confidencial de la misma.

C. La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y las personas adultas mayores

Este informe es un paso más de la estrategia aplicada por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) para fundar una cultura de respeto y vigencia de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Como institución encargada de la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, la CDHDF ha realizado acciones encaminadas a la atención y procuración de las personas que habitan esta ciudad, en especial, de aquellas que se encuentran en una mayor condición de vulnerabilidad.¹

Estas acciones se circunscriben a los ámbitos del ejercicio de las atribuciones y cumplimiento de las obligaciones conferidas por las disposiciones legales a la CDHDF; y se llevan a cabo, a través de los programas de Promoción, Educación y Difusión de los Derechos Humanos; y Defensa de los Derechos Humanos.

Esta Comisión aprovecha el presente informe para dar cuenta de las acciones que estos programas han efectuado para la atención y procuración de las personas adultas mayores.

1. Promoción, educación, capacitación y difusión de los derechos humanos de las personas adultas mayores

Para la CDHDF el Programa de Educación, Promoción y Difusión de los Derechos Humanos ha sido una prioridad institucional. En armonía con los estándares internacionales, el artículo 17 de su ley confiere a la CDHDF, como una de sus atribuciones, impulsar la observancia de los derechos humanos en el Distrito Federal y promover el estudio, la enseñanza y la divulgación de éstos en su ámbito territorial.²

El reconocimiento expreso de la educación en derechos humanos dentro del mandato de este organismo ha permitido fortalecer las actividades destinadas a cumplir este propósito.

De forma gradual, la Comisión ha diseñado y aplicado líneas de acción a proyectos y programas específicos que atienden las necesidades de promoción, educación y difusión que tienen los diversos sectores poblacionales de esta ciudad.³ Entre los sectores beneficiados por esta política institucional se encuentra el de las personas adultas mayores.

Para la CDHDF las personas adultas mayores ocupan un lugar importante en la planeación, proyección y desarrollo de sus tareas; una muestra es el énfasis que ha puesto en la promoción y difusión de sus derechos humanos a través del área de Educación, así como de diversas publicaciones. Cabe advertir que, si bien algunas de las acciones implementadas por esta Comisión no han sido orientadas únicamente a favor de las personas adultas mayores, uno de sus propósitos es beneficiarlas, porque forman parte de un grupo en condición de vulnerabilidad.

Es importante señalar que esta Comisión ha procurado establecer los vínculos necesarios para hacer del conocimiento de las personas adultas mayores sus derechos, así como para dotarlas de los instrumentos o herramientas que les permitan hacerlos valer.

El contacto directo con este sector de la población ha sido eje del diseño de las líneas de acción implementadas por la CDHDF para construir una cultura de respeto y de vigencia de sus derechos humanos.

¹ Artículo 2º de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

² Véase el artículo 3º de los Principios de París relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos y los artículos 16, 18.2 y 18.3 de la Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos.

³ Muestra de ello, es la creación formal de la Dirección General de Educación y Promoción de los Derechos Humanos, en agosto de 2002; así como de los programas de Derechos Humanos y Medioambiente; y de Equidad de Género que implementa actualmente la institución.

Con el propósito de mostrar la contribución permanente de este organismo, se presenta a continuación una reseña de las actividades que de 2002 a la fecha han sido orientadas a este fin.

a) PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

➤ Campaña Permanente por la No Discriminación

En marzo de 2002 la CDHDF puso en marcha el Programa contra la Discriminación, que dio paso a la Campaña Permanente por la No Discriminación (CPND), cuya finalidad es promover y difundir acciones y estrategias de sensibilización y de concientización sobre el derecho a la no discriminación a través de la construcción de sinergias institucionales que priorizan la participación de la sociedad.

En diferentes momentos de las tres fases de desarrollo de esta campaña –concientización y sensibilización sobre la existencia del fenómeno; concepción del derecho a la no discriminación; y sensibilización sobre la exigibilidad y justiciabilidad de este derecho– se realizaron actividades en las que se promovieron espacios de análisis y de debate, y se incentivó el diseño de propuestas en torno a los derechos humanos de las personas adultas mayores.

La CPND se ha convertido en una de las actividades más importantes que se realiza en beneficio de este sector poblacional, que busca cambiar los patrones culturales que fomentan la discriminación. En otras palabras, la CDHDF impulsa a través de esta campaña la transversalización del principio a la no discriminación como elemento fundamental para garantizar el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores; en especial, del derecho a la igualdad.

Este impulso se evidencia con la creación del Consejo Promotor de la Campaña Permanente por la No Discriminación (CP-CPND) –instalado el 28 de enero de 2004–, cuya pluralidad ha permitido que la campaña en favor de las personas adultas mayores y otros grupos vulnerables, impacte diferentes esferas.⁴

En 2004 la CDHDF en colaboración con la Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P., impulsó la Campaña Permanente por la No Discriminación de las Personas Adultas Mayores.

El que la campaña estuviera dirigida específicamente a ese sector permitió desplegar un número mayor de actividades en su beneficio a través de los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a las familias, la comunidad y la sociedad en general, sobre las diversas formas que adopta la discriminación, características, causas y mecanismos para erradicarla.
- Formar voluntarios(as) como educadores(as) responsables de orientar y de propiciar el aprendizaje de contenidos que permita a las personas adultas mayores poner en práctica habilidades para luchar contra los prejuicios, estereotipos y actos de discriminación que padecen.
- Motivar que las personas adultas mayores reflexionen respecto de la discriminación y violación de derechos humanos de los cuales pueden llegar a ser víctimas.
- Impulsar la participación de las personas adultas mayores en la promoción de sus derechos y en la erradicación de todo acto de discriminación a su persona y a los demás.
- Fortalecer el vínculo entre instituciones de gobierno federal, local y organizaciones de la sociedad civil, en aras de generar acciones conjuntas que redunden en la sensibilización y concientización sobre el tema.

⁴ El Consejo Promotor de la CPND quedó integrado por 14 instituciones del Gobierno del Distrito Federal (GDF), 17 organismos civiles y sociales, dos instituciones del gobierno federal y cuatro instituciones académicas. Este Consejo tiene por objeto generar estrategias y propuestas de acción que surjan de la sociedad civil organizada, de las instituciones del GDF y de las de orden académico para la difusión y promoción del principio de no discriminación, del respeto a la diversidad y del ejercicio de la tolerancia.

La campaña se aplicó durante un año y se dividió en tres momentos: 1) posicionamiento, acciones encaminadas a la difusión y promoción entre la población de los principios de tolerancia, respeto y diversidad, entre otros, que inspiraron la campaña; 2) desarrollo, impartición de cursos y talleres dirigidos tanto a las personas adultas mayores como a las organizaciones que atienden a este sector de la población; organización de espacios de reflexión en torno a la temática; y jornadas informativas dirigidas a servidores públicos y empleados del sector privado; y 3) reforzamiento difusión de mensajes e implementación de actividades para fortalecer la reflexión en torno al tema de la discriminación en contra de las personas adultas mayores.

De junio a noviembre, se realizaron 11 cursos-taller en las delegaciones Iztacalco, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Tlalpan, Iztapalapa; en Nezahualcóyotl, Estado de México; y en los municipios de San Juan del Río, Querétaro y Guanajuato, en los cuales se capacitaron a 289 voluntarios que posteriormente, en colaboración con la Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P, impartieron 20 talleres informativos sobre derechos humanos y no discriminación en beneficio de 1 343 personas adultas mayores.

En estos talleres se distribuyeron entre las personas adultas mayores los materiales siguientes: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal, folleto *Taller de Derechos Humanos para Adultos Mayores*, folleto *Conoce a los defensores*, díptico *Yo no discrimino*, díptico *Mujer y derechos humanos*, y *Cuaderno de trabajo de derechos humanos del adulto mayor*.

Por otro lado, se realizaron 11 talleres con familiares y vecinos de personas adultas mayores, a los cuales asistieron 500 personas; tres jornadas informativas locales en beneficio de 300 personas; y tres campañas de sensibilización, en las que participaron 500 personas.

Para 2005, en la segunda fase de la Campaña Permanente por la No Discriminación se atendió nuevamente a este sector a través de la Campaña por la No Discriminación y Exclusión de las Personas Adultas Mayores, teniendo ésta como objetivos:

- Sensibilizar a las autoridades del Distrito Federal y a la sociedad en general acerca de la problemática de la discriminación a las personas adultas mayores.
- Promover y difundir una cultura de tolerancia y no discriminación hacia las personas adultas mayores.
- Fomentar la participación y el empoderamiento de este sector de la población en el desarrollo de la Campaña.

Para cumplir los objetivos se diseñaron diversas líneas de acción, entre ellas: la promoción y difusión de los valores y prácticas de la lucha contra la discriminación hacia este sector, incluidas las actividades de sensibilización; la difusión de la problemática en los medios de comunicación masivos electrónicos, escritos y audiovisuales, desde el ámbito laboral, educativo, procuración de justicia y salud; y movilización de las instituciones, sociedad civil y población en general, con la finalidad de aumentar la capacidad para prevenir y enfrentar este fenómeno.

En 2005 la CPND se consolidó como un espacio incluyente en el que participaron todo tipo de organizaciones, instituciones, comunidades y grupos interesados en contribuir en la lucha por hacer del principio de la no discriminación una realidad para las personas adultas mayores de esta ciudad.

Dicho esfuerzo tuvo tal aceptación que en julio de 2005 la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Querétaro retomó el esfuerzo y presentó la Campaña Permanente por la No Discriminación y el taller No discriminación y derechos de las personas adultas mayores. En el marco de esta presentación la CDHDF impartió una conferencia sobre dicha temática a personal de la Comisión y del DIF estatal, así como a los y las promotoras de diversas organizaciones de la sociedad civil, quienes fungieron después como los y las multiplicadoras de la información.

De este modo, el trabajo realizado por la CDHDF en beneficio de las personas adultas mayores ha tenido un impacto positivo más allá de su ámbito territorial.

La labor permanente de promoción del principio a la no discriminación a favor de las personas adultas mayores se ha reforzado con diversos materiales de divulgación distribuidos en espacios públicos y privados, en actividades masivas o en apoyo a tareas de educación y capacitación.

➤ **Jornadas por los derechos de las personas adultas mayores**

De 2002 a la fecha ha tenido lugar otra importante acción de promoción de los derechos humanos de las personas adultas mayores: las Jornadas por los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Las Jornadas, que han contado con la participación de aproximadamente mil personas adultas mayores cada año, tienen como propósito analizar los actos discriminatorios y la marginación que sufren éstas; así como difundir sus derechos y sensibilizar a otros grupos poblacionales respecto de las problemáticas que enfrentan.

Por invitación de Cáritas Bienestar del Adulto Mayor I. A. P., la Comisión retomó el trabajo de estas jornadas y, a partir de 2002, ha sido institución convocante de la tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava ediciones de este proyecto.

La pluralidad de los participantes –Universidad La Salle, delegación Cuauhtémoc, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P., Revista *Sin-cuenta y más...*, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, Jubilados y Pensionados, A. C., Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y la CDHDF– en la VIII Jornada por los Derechos de las Personas Adultas Mayores, realizada los días 1 y 2 de agosto de 2007, mostró el nivel de aceptación que ha alcanzado este esfuerzo.

Lo anterior, considerando que los participantes –José Cruz Lavanderos Yáñez, primer visitador de la CDHDF; José Luis Gutiérrez Espíndola, director general adjunto de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación del Conapred; José Luis Muñoz Soria, jefe delegacional en Cuauhtémoc; Juan López Villanueva, director general de Derechos Humanos de la Procuraduría capitalina; Guadalupe Anguiano de la CNDH; y Armando Montoya Vázquez, asesor del presidente del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF)– colaboran en organismos y dependencias claves para alcanzar la vigencia de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Por otro lado, el que esta Jornada haya contado con la intervención de las y los servidores públicos del orden federal y local como ponentes, permitió que las ideas vertidas en la misma tuvieran mayor resonancia e impacto.

Aunado a esto, la importancia del proyecto deviene de la dinámica que rige estas Jornadas, pues permite por un lado, la difusión de la información oficial respecto de la situación de las personas adultas mayores, así como la identificación de las barreras que enfrentan para gozar y ejercer plenamente sus derechos; y por el otro, hace posible que las personas adultas mayores: *a)* cuenten con un foro para hacer llegar sus demandas, preocupaciones y expectativas a los organismos y dependencias que en los ámbitos federal y local intervienen en la toma de decisiones e implementación de políticas públicas que las impactan directamente; y *b)* tengan acceso a un bagaje de información que les permita hacer frente a las diversas situaciones que vulneran del goce de sus derechos y hacen posible la discriminación de que son víctimas.

Por lo anterior, la CDHDF ha puesto, a lo largo de los últimos años, todo su empeño para hacer posible la realización de las Jornadas y alcanzar sus objetivos.

➤ Reunión interinstitucional sobre violencia familiar a personas adultas mayores

Otra de las actividades de promoción a favor de los derechos de este sector de la población en la que participó la CDHDF –por invitación de la Coordinación de Gerontología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal– fue la Cuarta Reunión Interinstitucional sobre violencia hacia las Personas Adultas Mayores, que se realizó el 26 de octubre de 2005 y tuvo como objetivo fortalecer la coordinación entre instituciones, organizaciones, grupos y personas dedicadas y preocupadas por la situación actual de violencia que enfrentan las personas adultas mayores.

b) EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

Las acciones de educación y de capacitación que la CDHDF ha emprendido a favor de las personas adultas mayores buscan: *a)* promover el ejercicio de sus derechos humanos desde una visión integral y con una perspectiva de género; *b)* formar y capacitar a grupos –tanto del gobierno como de la sociedad civil– en la temática de los derechos humanos de las personas adultas mayores; y *c)* informar a las personas adultas mayores acerca de los servicios que ofrece la Comisión, sus funciones y atribuciones, en aras de fomentar la imagen de ser una institución cercana.

➤ Educación en derechos humanos

Para la CDHDF la educación es un pilar fundamental en la construcción de una cultura de respeto y vigencia de los derechos humanos, no sólo en su aspecto preventivo sino de promoción para el desarrollo de las y los habitantes del Distrito Federal.

En este sentido asume como reto institucional el diseño y aplicación de una estrategia de educación que responda a la diversidad de las necesidades y características de los habitantes de esta ciudad. Atendiendo lo anterior, ha buscado la especialización de las líneas de acción en materia educativa a través del enfoque a temas y grupos específicos.

Con esta lógica la CDHDF ha promovido acciones en el ámbito educativo de los derechos humanos de las personas adultas mayores con la finalidad de incentivar el conocimiento, el análisis, el debate y la reflexión de la problemática que enfrentan para ejercer sus derechos.

La Comisión da prioridad a las necesidades en materia educativa porque tiene la certeza de que incentivan la incorporación de los estándares internacionales en derechos humanos de las personas adultas mayores en el diseño, planeación e implementación de las políticas públicas que las impactan directamente; así como para garantizar el cuidado integral de este sector en un marco de respeto a la dignidad y lucha contra la impunidad.

De 2002 a la fecha la CDHDF ha participado y/o realizado las siguientes acciones educativas:

2002

Durante 2002, en el marco de la precampaña de combate a la discriminación, se impartieron varios talleres de sensibilización sobre el principio de tolerancia y no discriminación a personal de los CAIS del Iasis del GDF que atienden a población adulta mayor en situación de extrema pobreza y abandono.

El mismo año la CDHDF colaboró en la tarea educativa al participar con ponencias en el Foro del Adulto Mayor organizado por la delegación Iztapalapa y el taller Envejecimiento poblacional y seguridad social, organizado por el Centro Interamericano de Seguridad Social.

2003 y 2004

Como parte de la CPND, esta Comisión convocó en 2003 al Seminario Permanente de Reflexión y Análisis en Materia de No Discriminación, el cual buscó, durante ese año y durante 2004, ser un espacio de análisis, reflexión y estudio en esta temática.

El seminario, que contó con la participación de especialistas, servidoras y servidores públicos y representantes de la sociedad civil, buscó abordar desde una perspectiva teórico-filosófica, la justiciabilidad y la exigibilidad del derecho humano a la no discriminación.

2005

En 2005 a través del Programa de Fortalecimiento a Iniciativas Ciudadanas –en colaboración con Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol)– la CDHDF brindó apoyo económico a Trasfondo, A. C., para realizar un programa de formación de voluntarios locales como educadores en derechos humanos de las personas adultas mayores.⁵

Lo anterior dio paso a un programa educativo no formal que benefició a 1 849 personas adultas mayores, al proveerlas de los elementos para defender, proteger y ejercer plenamente sus derechos.

Este esfuerzo buscó vincular a los familiares, personas de la comunidad y autoridades locales, para impulsar un amplio movimiento local en contra de todas las formas de discriminación, violencia, abuso y exclusión social que aquejan a este sector de la población.

Por otra parte, la CDHDF en colaboración con el Conapred y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) llevó a cabo, de mayo a septiembre de 2005, el Diplomado sobre el Derecho a la No Discriminación en el que participaron 80 personas de distintas organizaciones sociales e instituciones de gobierno, así como estudiantes e investigadores.

2006

Por invitación de la Secretaría de Salud del GDF, la CDHDF participó en el Primer Curso sobre Violencia contra las Personas Adultas Mayores, realizado en marzo y abril de 2006.

De los talleres de diagnóstico y propuestas realizadas –a cargo de un grupo de trabajo interinstitucional– se concluyó en la necesidad de impulsar acciones institucionales para sensibilizar y capacitar a todo el personal que trabaja con personas adultas mayores respecto de su situación; así como en torno al problema de violencia que las aqueja.

En este curso la CDHDF, a través de la Dirección de Educación y Promoción de los Derechos Humanos, impartió talleres sobre los derechos humanos de este sector de la población a personal de distintas dependencias capitalinas que trabaja con el mismo.

Por otro lado, de este proyecto se desprendió la elaboración de un catálogo de servicios para la adecuada atención de las personas adultas mayores y una carpeta para difundir el material del curso.

El 26 de mayo de 2006, en coordinación con la Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, Jubilados y Pensionados, y ante una audiencia de 88 personas adultas mayores –50 mujeres y 38 hombres–, se llevó a cabo el Foro sobre Derechos de las Personas Adultas Mayores y No Discriminación, en el cual se desarrollaron los paneles de análisis siguientes:

- Políticas públicas y no discriminación hacia las personas adultas mayores, cuyo objetivo fue abordar las acciones afirmativas y políticas públicas que en beneficio de este sector se han puesto en marcha en el Distrito Federal con resultados exitosos; así como aquéllas que han tenido efectos positivos en otras entidades o países, y que podrían aplicarse a la realidad capitalina.
- Propuestas para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) de las personas adultas mayores, que tuvo como finalidad generar y exponer propuestas de trabajo para las insti-

⁵ En 2006 Trasfondo, A. C., resultó beneficiada nuevamente por esta iniciativa, en esta ocasión, para llevar a cabo un programa de promoción integral de los derechos humanos, prevención de la violencia y abuso, y fomento de valores de la convivencia con adultos mayores del Distrito Federal.

tuciones, universidades y organizaciones sociales y civiles en aras de alcanzar la efectiva realización de los DESC partiendo del concepto de integralidad y defensa de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Las conclusiones y propuestas que se desprendieron de las relatorías de los participantes fueron difundidas en las dependencias y organismos en que éstos colaboraban, con la finalidad de incentivar las sinergias institucionales necesarias para la efectiva realización de los derechos de las personas adultas mayores.⁶

Posteriormente, el 15 de junio de 2006, la CDHDF participó en un seminario del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM dedicado a analizar el fenómeno de la violencia en contra de las personas adultas mayores, en el cual se abordaron, entre otros, los temas: maltrato, abusos institucionales, abandono, lesiones físicas, trastornos alimenticios y ansiedad.

Por último, como parte de la vinculación que realiza la CDHDF con organizaciones que atiendan este sector de la población, el 27 de octubre de 2006 participó con una conferencia sobre derechos de las personas adultas mayores y no discriminación en el foro La importancia del fortalecimiento de las instituciones dedicadas a adultos mayores organizado por la Red de Adultos Mayores.

2007

Como parte de las actividades de discusión y debate por los derechos humanos y la no discriminación de las personas adultas mayores, esta Comisión participó en junio de 2007 como organismo convocante –conjuntamente con Cáritas Arquidiócesis de la Ciudad de México, I. A. P.; Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P.; Universidad La Salle; Universidad Iberoamericana; DIF Cuautla; Morelos; Red del Adulto Mayor; Unidad y Progreso Hidalguense, A. C.; Cáritas Tlalnepantla; Abriendo Camino, A. C.; y Trasfondo, A. C.– en el foro Pensión No Contributiva para Adultos Mayores, realizado en los estados de Hidalgo, México, Morelos y en el Distrito Federal.

➤ Capacitación en derechos humanos

La capacitación en derechos humanos tiene como principal objetivo aportar los elementos necesarios para que servidoras y servidores públicos, así como grupos específicos de la sociedad civil hagan valer sus derechos, por un lado y por otro, promuevan en el ámbito de su competencia el respeto de los derechos de las personas adultas mayores.

En otras palabras, la capacitación busca que las personas se reconozcan como sujetos de derecho y sean promotores del respeto a los derechos del otro para actuar en consecuencia.

Persiguiendo este objetivo, de 2002 a la fecha se han llevado a cabo actividades de capacitación que abordan de forma explícita la problemática que enfrentan las personas adultas mayores para gozar y ejercer sus derechos o atienden temas relacionados con ésta.

⁶ El Foro sobre Derechos de las Personas Adultas Mayores y No Discriminación contó con la participación, entre otros, de los siguientes servidores públicos y expertos en el tema (se señala la dependencia en la que colaboraban en ese momento): Emilio Álvarez Icaza Longoria, presidente de la CDHDF; Juan Carlos González Llama, director de Gerontología del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam); María Cristina Gomes Da Conceicao, profesora e investigadora de tiempo completo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; José López Villegas, director general adjunto de Estudios, Legislación y Políticas Públicas del Conapred; Luz María Juárez Vázquez, coordinadora de Adultos Mayores de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; Pablo Yanes Rizo, director general de Equidad y Desarrollo Social de la Secretaría de Desarrollo Social del GDF; Ma. Pilar de Abiega Sauto, de Comunidad Participativa Tepito A. C.; Juan Diego López Fuentes y Trujillo, vicepresidente de la Red Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, Jubilados y Pensionados A. C.; y Juan Carlos Gutiérrez Contreras director del Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos, México-Comunidad Europea.

2002

En 2002 el equipo de las y los capacitadores y las y los promotores de la Comisión impartió 510 cursos y talleres dirigidos a distintos sectores poblacionales en aras de fomentar una cultura de respeto y de ejercicio de los derechos humanos. Las personas adultas mayores fueron el tercer grupo más beneficiado por estas actividades de capacitación, como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1 Talleres de capacitación en derechos humanos impartidos en 2002

Sector	Cursos y talleres de capacitación en derechos humanos	Personas
Servidores públicos	291	7 993
Jóvenes	95	2 896
Personas adultas mayores	31	995
Otros*	93	6 375
Total	510	18 259

*Entre los beneficiarios de estos talleres y cursos de capacitación se encuentran organizaciones sociales de diferentes delegaciones de la ciudad de México, militantes de diversos partidos políticos, sindicatos y organizaciones de asistencia social y privada, entre otros.

Cabe señalar que las personas adultas mayores no sólo se han visto beneficiadas por los cursos y talleres dirigidos específicamente a ellas, sino por aquéllos impartidos a servidoras y servidores públicos que colaboran en dependencias o instituciones cuya naturaleza ubica a este grupo como uno de sus principales sujetos de atención.

En este sentido, en 2002 se impactó positivamente a las personas adultas mayores a través de los cursos y talleres dirigidos a las y los servidores públicos adscritos al Centro de Integración y Desarrollo de Personas con Discapacidad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF); Hospital Balbuena del GDF; Clínica 5 de Febrero y Fernando Quiroz del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Escuela Nacional de Ciegos, y el Sistema de Transporte Colectivo Metro (STC-Metro).

2003

Para 2003, el trabajo de talleres y cursos de capacitación en derechos humanos benefició nuevamente a las personas adultas mayores a través de actividades dirigidas a servidoras y servidores públicos como a grupos específicos de la sociedad civil.

De los 5 743 servidoras y servidores públicos atendidos en capacitación, 12% colaboraban en institutos relacionados con esta población: Iasis, Instituto Nacional para los Adultos Mayores, ISSSTE y TSJDF.

En cuanto a las actividades de capacitación dirigidas a la sociedad civil, cabe señalar que tuvieron como cuarto grupo beneficiado a las personas adultas mayores, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2 Población civil atendida en capacitación durante 2003

Sector	Población atendida 2003	%
Jóvenes	2 140	38
Mujeres	1 065	19
Colonos	687	12
Adultos mayores	223	3
Personas con discapacidad	175	4
Población abierta y otros	1 312	24
Total	5 602	100

Por otro lado, con la finalidad de alcanzar mayor profundización y difusión de los temas abordados –atribuciones y funciones de la CDHDF, derechos humanos y servidores públicos, derechos humanos

generales y derechos humanos de grupos específicos— se procuró ampliar el tiempo de duración de los cursos y atender de forma prioritaria el trabajo con las y los multiplicadores, y las y los promotores.

En 2003, además de lo ya mencionado, se benefició a las personas adultas mayores con la capacitación en el tema de la no discriminación que se desarrolló mediante 58 acciones —34 talleres dirigidos a servidoras y servidores públicos y 24 a la sociedad civil y la comunidad abierta— a través de las cuales se atendió a 2 832 personas.

2004

En 2004 los cursos y talleres de capacitación a servidoras y servidores públicos que beneficiaron a este sector de la población fueron los impartidos a 175 trabajadores del ISSSTE, 1 403 policías y 185 vigilantes del Metro, que en conjunto representaron más de 37% del total de servidoras y servidores públicos beneficiados por este tipo de actividades.

La capacitación de los grupos policíacos, a través del tema Grupos vulnerables y derechos humanos, contó con la participación de representantes de diversos grupos vulnerables, entre ellos, personas adultas mayores, quienes expusieron los problemas que tienen cotidianamente con las y los policías.

Los vigilantes del Metro fueron beneficiados con la ponencia Grupos vulnerables en la aplicación de la ley y con el curso La no discriminación como derecho humano, ambos relacionados con las personas adultas mayores.

En 2003 las personas adultas mayores fueron el quinto grupo más beneficiado por los cursos y talleres dirigidos a la sociedad civil, como se puede observar en el cuadro siguiente:

Cuadro 3 Población civil atendida en capacitación 2004

Sector	Población atendida 2004	%
Jóvenes	2 566	37.0
Mujeres	1 295	18.7
Personas con discapacidad	1 200	6.9
Colonos (2003)/organizaciones (2004)	478	17.3
Adultos mayores	227	3.3
Población abierta y otros	1 177	17.0
Total	6 943	100

2005

En 2005 las personas adultas mayores fueron el cuarto grupo de la sociedad civil más beneficiado por las actividades o sesiones de formación, capacitación y promoción de los derechos humanos. Tal como se puede ver en el cuadro 4.

Cuadro 4 Población civil atendida en capacitación 2005

Sector	Población atendida 2005	%
Jóvenes / estudiantes	2 802	57.9
Mujeres adultas	244	5
Indígenas	191	3.9
Personas adultas mayores	170	3.5
Organizaciones urbanas	155	2.1
Docentes y promotores	125	3.2
Personas con discapacidad	103	2.6
Trabajadoras sexuales	60	1.2
Población abierta y otros	987	20.4
Total	4 837	100

Por otro lado, en la formación y capacitación de servidoras y servidores públicos se observó que de los 6 325 que fueron beneficiados con estas acciones, 1 246 (poco más de 22%) estaban relacionados con la atención de las personas adultas mayores: personal de salud (704), personal del Conapred (26), personal del Consejo de Población del Distrito Federal (50) y personal del Iasis (15).

2006

Durante 2006 las personas adultas mayores se convirtieron en el segundo grupo de la sociedad civil más beneficiado por las actividades de capacitación al representar 18.06% del total de la población atendida, sólo después de los jóvenes/estudiantes que representaron 48.53%, como se da cuenta en el cuadro 5.

Cuadro 5 Población civil atendida en capacitación 2006

Sector	Población atendida 2006	%
Jóvenes / estudiantes	1 720	48.53
Personas adultas mayores	640	18.06
Mujeres	561	15.83
Personas indígenas	180	5.08
Personas con discapacidad	94	2.65
Promotores	65	1.83
Población abierta	284	8.01
Total	3 540	100

Ese año la CDHDF realizó un cambio en su estrategia de educación y capacitación de servidoras y servidores públicos que consistió en superar los contenidos tradicionales y orientar la formación hacia procesos que generaran impactos más integrales y menos casuísticos.

De este modo, se puso el acento en procesos educativos más profundos y prolongados que permitieran dar un mejor seguimiento y continuidad a las tareas de formación.

Mediante este esquema las personas adultas mayores fueron beneficiadas con la capacitación impartida a 733 servidores públicos (18% del total) sobre el Derecho a la No Discriminación. Estos servidores públicos se encontraban adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el DIF-DF, el Iasis, el Metro, el Conapred y a las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Miguel Hidalgo.

2007

En ese año se realizaron nueve actividades de capacitación para personas adultas mayores de la sociedad civil –en las que participaron un total de 277 personas–, que fue el segundo grupo más beneficiado, como se muestra a continuación:

Cuadro 6 Población civil atendida en capacitación según grupo poblacional 2007

Sector	Población atendida 2007	%
Jóvenes	1 849	39.96
Personas adultas mayores	277	5.98
Personas con discapacidad	236	5.10
Población en general	2 075	44.85
Promotores	181	3.91
Personas indígenas	8	0.17
Total	4 626	100

En lo que respecta a la formación y capacitación de servidoras y servidores públicos cabe señalar que de los 5 664 beneficiados con estas acciones, 1 532 (27%) estaban relacionados con la atención de las

personas adultas mayores: personal de la Cuarta Visitaduría de la CDHDF (23), médicos del Hospital General número 98 del IMSS (37), directivos del Metro (187), instructores de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (20), policías de la delegación Gustavo A. Madero (298), personal del Instituto Nacional de Educación del Adulto Mayor en el Distrito Federal (24), personal de los Centros de Desarrollo de la delegación Iztapalapa (23), vigilantes del Metro (547), y personal de diversas demarcaciones políticas (373).

➤ Colaboración en materia legislativa

En aras de garantizar, en la legislación y los proyectos de ley en elaboración, la inclusión de los principios fundamentales en materia de derechos humanos de las personas adultas mayores, la CDHDF ha presentado observaciones a las mesas de legislación de los dos consejos que dan cabida a las demandas sociales de este sector poblacional: el Consejo Promotor para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, y el Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Lo anterior fue posible gracias a la participación de la CDHDF –de conformidad con los objetivos del Programa por la No Discriminación–, a partir de febrero de 2002, en las reuniones ordinarias del Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, así como en las reuniones de la mesa de Legislación y Derechos Humanos de dicho consejo.

Otra aportación significativa en materia legislativa fue el documento con observaciones a la Iniciativa de Reforma y Adición a la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores elaborado y enviado a la Comisión de Pensionados y Jubilados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2002.

➤ Divulgación y difusión

Tomando en consideración que la difusión de información es un elemento fundamental para promover la vigencia y sensibilización de los derechos humanos, la CDHDF ha concentrado sus esfuerzos en elaborar publicaciones y materiales didácticos dirigidos a la población en general y a sectores específicos.

Con esta lógica, de 2002 a la fecha elaboró materiales que atienden la problemática que enfrentan las personas adultas mayores para alcanzar el pleno goce y ejercicio de sus derechos.

Cuadro 7 Divulgación y difusión

Tipo de material	Título	Número de ejemplares	Distribución
2002			
Cartel	<i>Con la discriminación todos perdemos, incluso tú</i>	3 000	En el marco de la Campaña contra la Discriminación.
Díptico	<i>Con la discriminación todos perdemos, incluso tú</i>	40 000	En el marco de la Campaña contra la Discriminación.
Cartilla	<i>La violencia en la familia y en el hogar es un delito: denúnciala</i>		
2003			
Cartel	<i>Yo no discrimino... ¿y tú? adultos mayores</i>	3 000	Instituciones públicas y privadas, organizaciones civiles y sociales, y módulos de atención ciudadana.
Díptico	<i>Yo no discrimino... ¿y tú? adultos mayores</i>	10 000	Organizaciones civiles y sociales, instituciones públicas, módulos de atención ciudadana y público en general.
Tarjeta	<i>Yo no discrimino... ¿y tú? adultos mayores</i>	20 000	Organizaciones civiles y sociales, instituciones públicas, módulos de atención ciudadana y público en general.

Cuadro 7 Divulgación y difusión (continuación)

Tipo de material	Título	Número de ejemplares	Distribución
2003			
Cartel	<i>Sobre los derechos económicos, sociales y culturales</i>	1 000	Instituciones públicas, organizaciones civiles y sociales, y módulos de atención a la ciudadanía general.
Manual	<i>Manual de derechos humanos y no discriminación de las personas adultas mayores</i>	2 000	Instituciones privadas y públicas, educadores y promotores de derechos humanos.
2004			
Cartel	<i>Campaña permanente por la no discriminación</i>	6 000	Organismos civiles, instituciones públicas, instituciones educativas, promotores y defensores de derechos humanos, y público en general.
Díptico	<i>Campaña permanente por la no discriminación</i>	20 000	Eventos masivos con el público en general.
Dípticos (2)	<i>Todos los derechos sin discriminación</i>	10 000	Organismos civiles, instituciones públicas y público en general.
Cartel	<i>Quinta jornada por los derechos humanos de las personas adultas mayores</i>	1 000	Organismos civiles, instituciones públicas e instituciones educativas.
Folleto	<i>Una sociedad para todas las edades</i>	3 000	Organismos civiles, instituciones públicas y público en general.
Manual	<i>Manual de sensibilización para la no discriminación, respeto a la diversidad y ejercicio de la tolerancia</i>	1 000	Organismos civiles, instituciones públicas, instituciones educativas, promotores y defensores de derechos humanos.
Separador de libros	<i>Con los adultos mayores no te pases. Ve a su paso</i>	1 000	Público en general.
2005			
Díptico	<i>Todos los derechos sin discriminación</i>	1 500	
Folleto	<i>Hacia una agenda en materia de no discriminación</i>	10 000	
Separador	<i>Con los adultos mayores no te pases. Ve a su paso</i>	1 000	
Cartel	<i>Campaña permanente por la no discriminación</i>	1 000	
Folleto	<i>Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales para una vida digna en la ciudad de México</i>	1 000	
Separador	<i>Tercera edad.</i>		
2006			
Compilación	<i>Compilación de instrumentos jurídicos en materia de no discriminación, vol. I, tomo II</i>	1 000	Especialistas en el tema, bibliotecas, universidades, OSC, comisiones estatales, funcionarios, ALDF, público en general.
Políptico	<i>Discapacidad sin discriminación</i>	6 000	Foros, seminarios y encuentros sobre el tema.
Folleto	<i>Yo no discrimino... ¿Y tú?</i>	10 000	Foros, seminarios, y en actividades de promoción y difusión de los derechos humanos.
2007			
Libro	<i>Discriminación, democracia, lenguaje y género</i>	1 500	
Informe	<i>Informe de mujeres</i>	1 000	
Cartel	<i>¿Qué, no me ves?</i>	2 000	
Díptico	<i>Todos los derechos sin discriminación</i>		

2. Programa de defensa de los derechos humanos

El Programa de defensa constituye uno de los ejes fundamentales del quehacer institucional que realiza la CDHDF, pues a través de éste cumple con el encargo de conocer las quejas y las denuncias de presuntas violaciones a los derechos humanos.

Así, en los últimos años ha tenido lugar un proceso de renovación y reconceptualización en aras de consolidar un modelo integral de atención a las peticionarias y peticionarios.

Como resultado, en 2005 se puso en marcha el Sistema Integral de Atención a Peticionarias y Peticionarios y se incorporó el nuevo Catálogo para la Calificación e Investigación de Violaciones a Derechos Humanos –a través del cual se replanteó la manera en que se calificaban las quejas con la finalidad de priorizar aquellas relacionadas con los derechos humanos violados.

Es necesario hacer esta puntualización, toda vez que, con motivo de los cambios referidos, el registro, manejo y procesamiento de los datos derivados de la atención a las peticionarias y peticionarios tuvieron un cambio significativo –que permitió, entre otras cosas: *a)* dar cauce a las demandas y necesidades de las peticionarias y peticionarios a los espacios institucionales adecuados para su atención; y *b)* identificar lo que se conoce como las tres dimensiones de la queja⁷ y el presente informe mostrará la información recabada a partir de éste.

Lo anterior considerando: *a)* la imposibilidad de hacer tanto una reseña lógica como un análisis comparativo –cualitativa y cuantitativamente– de la atención brindada a las personas adultas mayores de 2002 a la fecha; y *b)* la conveniencia de exponer la información arrojada bajo el nuevo esquema, puesto que ésta permite visualizar a través de qué canales la CDHDF procura brindar una atención integral.

Es importante señalar que el proceso de renovación y reconceptualización al que se hizo referencia culminó en octubre de 2006, con la división de las Visitadurías mediante el esquema de especialización. A partir de ésta, el tema de las personas adultas mayores es atendido por la Cuarta Visitaduría, la cual tiene a su cargo las quejas relacionadas con, entre otros, grupos en condición de vulnerabilidad. Ello se ha traducido en una atención más focalizada e integral a las personas pertenecientes a estos grupos.

De este modo, a continuación se muestra la atención brindada por este organismo a las personas adultas mayores, de enero de 2005 a diciembre de 2007.

a) SERVICIO DE ORIENTACIÓN DE LA CDHDF

Derivado de los tiempos en que fue procesada la información necesaria para elaborar este documento, correspondiente a 2007 se presentará por separado.

➤ 2005 a 2006

De enero de 2005 a diciembre de 2006, la CDHDF brindó un total de 86 038 servicios; de éstos, 5 798 –3 063 en 2005, equivalentes a 6.4% del total de servicios prestados durante ese año; y 2 735 en 2006, que representan 7.1% del total de servicios otorgados durante ese año–, que representan 6.7%, se identificó a una persona adulta mayor como afectada por diversos hechos.

De estos 5 798 servicios, 5 472 (94.37%) correspondieron a asuntos que no eran competencia de la CDHDF –ya sea porque de la narración de los hechos: *1)* no se desprendió una presunta violación a los derechos humanos, o *2)* se identificó una presunta violación a derechos humanos cuya competencia correspondía a la CNDH u otros organismos públicos de defensa de los diferentes estados del país–, mientras que en 326 casos (5.62%) determinó iniciar una queja para investigar presuntas violaciones de derechos humanos. Esto implica que los adultos mayores requieren ante todo un servicio de orientación y canalización, antes que la interposición de la queja. En términos generales, de cada cinco servicios otorgados, uno procede en queja. En el caso de los adultos mayores corresponde a uno de cada 20 servicios.

⁷ Las tres dimensiones de la queja se traducen en la identificación de: una o más autoridades mencionadas en el expediente, uno o más derechos presuntamente violados y consignados en el expediente; y una o más personas implicadas en el expediente.

Las peticionarias y peticionarios involucrados en los 5 472 casos donde la CDHDF no tuvo competencia fueron atendidos a través del servicio de orientación en alguna de las siguientes modalidades: canalización con oficio, remisiones, orientación verbal, respuesta por escrito, respuesta vía electrónica y orientación verbal con solución inmediata.

Como se puede ver en el cuadro 8 la orientación verbal y la canalización con oficio fueron en este periodo las dos modalidades a través de las cuales la CDHDF brindó prioritariamente el servicio de orientación, esto es 95% del total.

Cuadro 8 Servicios de orientación de enero 2005 a diciembre 2006

Tipo de servicio	Total de servicios	%
Orientación verbal	3 304	60.38
Canalización con oficio	1 896	34.64
Remisiones	233	4.25
Respuesta a peticiones por escrito	23	0.42
Respuesta a peticiones vía electrónica	12	0.21
Orientación verbal con solución inmediata	4	0.07
Total	5 472	100

Respecto a las orientaciones verbales brindadas, debido a la diversidad de los asuntos planteados por las peticionarias y peticionarios, éstas se circunscribieron a los ámbitos de diferentes materias: penal, civil, mercantil, laboral, administrativa, tributaria, seguridad social, notarial, asistencia social y conflictos entre particulares.

Por otro lado, es importante señalar que en los servicios de orientación se encuentran incluidas las atenciones que ameritaron asistencia psicológica.

Canalizaciones con oficio

Durante el periodo que se informa, debido a la naturaleza de los asuntos expuestos donde no se identificó una presunta violación a los derechos humanos, las y los peticionarios fueron canalizados con mayor incidencia a las instituciones referidas en el cuadro 9.

Cuadro 9 Canalización con oficio de enero de 2005 a diciembre de 2006

Institución	Total de canalizaciones	%
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	380	20.04
Dirección General de Servicios Legales	140	7.38
Instituto Mexicano del Seguro Social	140	7.38
Instituto Nacional de Adultos Mayores en Plenitud	134	7.06
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México	129	6.80
Subdirección de Asistencia Jurídica Civil, Familiar y del Arrendamiento Inmobiliario del Distrito Federal	118	6.22
Procuraduría de la Defensa del Trabajo del Distrito Federal	98	5.16
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	72	3.79
Procuraduría Federal del Consumidor	28	1.47
Dirección de la Defensoría de Oficio y Orientación Jurídica de la Dirección General de Servicios Legales	25	1.31
Procuraduría de la Defensa del Anciano	24	1.26
Secretaría de Desarrollo Social	22	1.16
Universidad Autónoma Metropolitana	21	1.10
Otros*	565	29.79
Total	1 896	100

*En la categoría Otros se incluyó a todas aquellas instituciones –más de 70– que no tuvieron como mínimo 20 canalizaciones con oficio, por lo que no alcanzaron 1% del total.

Remisiones

En lo que respecta a los asuntos donde sí se detectó una presunta violación a los derechos humanos, cuya competencia no correspondía a la CDHDF, las y los peticionarios fueron remitidos con mayor incidencia a los organismos públicos de defensa señalados a continuación:

Cuadro 10 Remisiones

Organismo	Total de remisiones	%
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	201	86.26
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México	18	7.72
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	3	1.28
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Veracruz	2	0.85
Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato	2	0.85
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Jalisco	2	0.85
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Oaxaca	1	0.42
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos	1	0.42
Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí	1	0.42
Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero	1	0.42
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	1	0.42
Total	233	100

➤ 2007

De enero a diciembre de 2007, la CDHDF brindó un total de 3 448 servicios de orientación por hechos diversos que afectaban a personas adultas mayores. En los casos estuvieron involucradas 2 870 personas con carácter de agraviadas, que manifestaron tener más de 60 años de edad, de los cuales 1 177 (41%) fueron mujeres y 1 693 (59%) fueron hombres.⁸

Como se puede ver en el cuadro 11, al igual que en 2005 y 2006, la orientación verbal y la canalización con oficio fueron las dos modalidades a través de las cuales la CDHDF brindó prioritariamente el servicio de orientación, esto es 93% del total.

Cuadro 11 Servicios de orientación enero a diciembre 2007

Tipo de servicio	Total de servicios	%
Orientación verbal	1 756	51
Canalización con oficio	1 433	42
Remisiones	184	5
Respuesta a peticiones por escrito	32	1
Orientación verbal con solución inmediata	30	1
Respuesta a peticiones vía electrónica	13	0
Total	3 448	100

Canalizaciones con oficio

Durante el periodo que se informa, debido a la naturaleza de los asuntos expuestos donde no se identificó una presunta violación a los derechos humanos, las y los peticionarios fueron canalizados con mayor incidencia a las instituciones referidas en el cuadro siguiente:

⁸ Cabe destacar que en los casos que se reportan, además de las personas adultas mayores, se encontraban involucradas otras; adicionalmente, no todas las personas proporcionaron su edad.

Cuadro 12 Canalizaciones con oficio de enero a diciembre de 2007

Institución	Total de canalizaciones	%
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	196	13.69
Dirección General de Servicios Legales	140	9.78
IMSS	106	7.39
Dirección General de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	99	6.91
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México	92	6.43
Subdirección de Asistencia Jurídica Civil, Familiar y del Arrendamiento Inmobiliario del Distrito Federal	86	6.01
Instituto Nacional de Adultos Mayores en Plenitud	82	5.72
Procuraduría de la Defensa del Trabajo del Distrito Federal	76	5.31
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	44	3.07
Procuraduría Federal del Consumidor	29	2.03
Procuraduría de la Defensa del Anciano	25	1.74
Compañía de Luz y Fuerza del Centro	23	1.61
Dirección de la Defensoría de Oficio y Orientación Jurídica de la Dirección General de Servicios Legales	22	1.53
Secretaría de Desarrollo Social	22	1.53
Universidad Autónoma Metropolitana	22	1.53
Iasis	20	1.39
Centro de Acceso de la Justicia y Mediación de la Universidad Iberoamericana		
Departamento de Derecho	19	1.32
Dirección Ejecutiva de Justicia Cívica	19	1.32
ISSSTE	19	1.32
Jefatura de Departamento de Asesoría Jurídica del Inapam	19	1.32
Colegio de Notarios del Distrito Federal	15	1.05
Otros*	258	18.00
Total	1 433	100

*En la categoría Otros se incluyó a todas aquellas instituciones que no tuvieron como mínimo 20 canalizaciones con oficio, por lo que no alcanzaron 1% del total.

Remisiones

Donde sí se detectó una presunta violación a los derechos humanos, cuya competencia no correspondía a la CDHDF, las y los peticionarios fueron remitidos con mayor incidencia a los organismos públicos de defensa señalados a continuación:

Cuadro 13 Remisiones

Organismo	Total de remisiones	%
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	156	84.79
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México	12	6.53
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	8	4.35
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Veracruz	5	2.71
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Michoacán	1	0.54
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Oaxaca	1	0.54
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	1	0.54
Total	184	100

b) SERVICIO DE QUEJAS DE LA CDHDF

➤ 2005 a 2006

De enero de 2005 a diciembre de 2006, la CDHDF tuvo conocimiento de 326 asuntos por los que se decidió iniciar una queja para investigar presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de una persona adulta mayor.

De estos 326 asuntos las Visitadurías Generales calificaron 286 –139 correspondientes a 2005 y 147 a 2006– como quejas presuntamente violatorias de derechos humanos y 39 –19 correspondientes a 2005 y 20 a 2006– como quejas, las cuales no eran competencia de la CDHDF.

Para atender estos asuntos se dio inicio a una queja, en la cual la persona adulta mayor podía tener la calidad de agraviada y la de peticionaria, en los casos en que ésta acudió personalmente a solicitar la intervención de la Comisión.

Además, los asuntos que se mencionan pueden tener o no como única agraviada a una persona adulta mayor. Es decir, la tramitación de la queja puede o no haberse hecho en beneficio exclusivo de una persona adulta mayor.

Autoridades señaladas como responsables en los casos calificados como presuntas violaciones a derechos humanos

En 2005 y 2006 las autoridades señaladas con mayor incidencia como responsables de las presuntas violaciones de derechos humanos en agravio de las personas adultas mayores fueron diversas áreas de la Procuraduría General de Justicia, las secretarías de Salud, Medio Ambiente, Desarrollo Social y de Gobierno; así como de las delegaciones políticas, al representar en conjunto más de 78% del total, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 14 Autoridades mencionadas

Autoridad	Total de menciones	%
Procuraduría General de Justicia	78	24.84
Secretaría de Salud	39	12.42
Delegaciones políticas	35	11.14
Secretaría de Seguridad Pública	31	9.87
Secretaría del Medio Ambiente	26	8.28
Secretaría de Desarrollo Social	20	6.36
Secretaría de Gobierno	19	6.05
Consejería Jurídica y de Servicios Legales	15	4.77
Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda	12	3.82
Tribunal Superior de Justicia	12	3.82
Jefatura de Gobierno	12	3.82
Secretaría de Finanzas	6	1.91
Secretaría de Transportes y Vialidad	6	1.91
Junta Local de Conciliación y Arbitraje	2	0.63
Oficialía Mayor	1	0.31
Total	314*	100

* El total de menciones de autoridad (314) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (286), debido a que en una queja puede señalarse una o más autoridades como probables responsables.

Tipos de violación determinados por las Visitadurías Generales en los casos calificados como presuntas violaciones a derechos humanos

De las 286 quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos se desprendió la identificación de 20 derechos humanos presuntamente vulnerados, de los cuales destacan el derecho a la protección de las personas adultas mayores, los derechos de la víctima o la persona ofendida, el derecho a la seguridad jurídica y el derecho de petición y pronta respuesta que, en conjunto, obtuvieron 234 menciones que representan poco más de 60% del total como se puede observar en el cuadro siguiente:

Cuadro 15 Derechos humanos presuntamente violados

Derecho humano vulnerado	Total de menciones	%
Derecho a la protección de las personas adultas mayores	71	18.63
Derechos de la víctima o la persona ofendida	67	17.58
Derecho a la seguridad jurídica	61	16.01
Derecho de petición y pronta respuesta	35	9.19
Derecho a una adecuada protección judicial	24	6.29
Derecho al debido proceso, garantías judiciales	24	6.29
Derechos de las personas privadas de su libertad	23	6.03
Derecho de circulación y residencia	16	4.20
Derecho a la honra y la dignidad	13	3.41
Derecho a un nivel de vida adecuado	8	2.09
Derecho a la libertad y seguridad personales	7	1.84
Derecho a la salud	6	1.57
Derecho a la integridad personal	6	1.57
Derecho a la propiedad privada	5	1.13
Derecho al trabajo	5	1.13
Derecho a la protección de las personas con discapacidad	2	0.52
Derechos de la niñez	2	0.52
Derecho a la información	2	0.52
Derecho a la igualdad ante la ley	2	0.52
Derecho a un medioambiente sano	2	0.52
Total	381*	100

*El total de derechos humanos vulnerados (381) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (286), debido a que en una queja puede señalarse uno o más derechos presuntamente violados.

A continuación se presenta el desglose realizado por las visitadurías generales –responsables de la investigación de las quejas– de los tipos de violación a los derechos humanos de las personas adultas mayores presuntamente vulnerados:

Cuadro 16 Tipos de violación

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la protección de las personas adultas mayores	Obstaculización, restricción, injerencia arbitraria o negativa de los derechos de la persona en su condición de adulta mayor	71	100	18.63
Total		71	100	18.63
Derechos de la víctima o la persona ofendida	Negativa u obstaculización de asesoría	30	44.77	7.87
	Negativa de protección	12	16.41	3.15
	Negativa u obstaculización a ser informado del procedimiento penal	11	17.91	2.89
	Negativa a iniciar averiguación previa	6	8.95	1.57
	Negativa u obstaculización de la coadyuvancia	3	4.47	0.79
	Negativa a atención médica o psicológica	2	2.98	0.52
	Negativa u obstaculización para la recepción de pruebas	1	1.49	0.26
	Negativa u obstaculización para ofrecer pruebas	1	1.49	0.26
	Negativa u obstaculización de la reparación del daño	1	1.49	0.26
Total		67	100	17.58

Cuadro 16 Tipos de violación (continuación)

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la seguridad jurídica	Falta o deficiencia en la fundamentación o motivación	50	81.97	13.12
	Obstaculización u omisión de observar la ley o normatividad aplicable al caso	11	18.03	2.89
Total		61	100	16.01
Derecho de petición y pronta respuesta	Negativa u obstaculización del derecho a petición y pronta respuesta	35	100	9.19
Total		35	100	9.19
Derecho a una adecuada protección judicial	Restricción, negativa u obstaculización de la adecuada protección judicial	22	91.67	5.77
	Omisión o irregularidad en el cumplimiento de una resolución judicial	2	8.33	0.52
Total		24	100	6.29
Derecho al debido proceso, garantías judiciales	Violación u obstaculización de las garantías al debido proceso	17	70.83	4.46
	Violación u obstaculización de las garantías judiciales	7	29.17	1.83
Total		24	100	6.29
Derechos de las personas privadas de su libertad	Negativa, retraso u obstaculización de atención médica	9	39.13	2.37
	Abstención u omisión de dar adecuada protección a la integridad física o psicológica de la persona privada de libertad	4	17.39	1.06
	Deficiente atención médica	2	8.69	0.52
	Deficiencia, restricción o negativa de los alimentos	2	8.69	0.52
	Negativa o abstención a proporcionar una respuesta adecuada, fundada y motivada a la petición de libertad anticipada	2	8.69	0.52
	Negativa, restricción u obstaculización de la visita familiar	2	8.69	0.52
	Insalubridad	1	4.35	0.26
	Falta o deficiencia de agua	1	4.35	0.26
Total		23	100	6.03
Derecho de circulación y residencia	Obstaculización, restricción o injerencias arbitrarias en la libre circulación	16	100	4.20
Total		16	100	4.20
Derecho a la honra y la dignidad	Injerencias arbitrarias o ataques a la dignidad y la honra	13	100	3.41
Total		13	100	3.41
Derecho a un nivel de vida adecuado	Obstaculización, negativa o restricción sin fundamentación ni motivación al derecho a una vivienda adecuada	4	50	1.05
	Desalojo ilegal	2	25	0.52
	Obstaculización, restricción o negativa del derecho a los servicios básicos de agua potable, electricidad, drenaje, alcantarillado, recolección de basura, etcétera.	2	25	0.52
Total		8	100	2.09

Cuadro 16 Tipos de violación (continuación)

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la libertad y seguridad personales	Detención arbitraria	4	57.14	1.05
	Negación de información sobre la situación jurídica	3	42.86	0.79
Total		7	100	1.84
Derecho a la salud	Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud	4	66.67	1.05
	Obstaculización, restricción o negativa de medidas de prevención y tratamiento de enfermedades	2	33.33	0.52
Total		6	100	1.57
Derecho a la integridad personal	Uso desproporcionado o indebido de la fuerza	5	83.33	1.31
	Tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos)	1	16.67	0.26
Total		6	100	1.57
Derecho a la propiedad privada	Obstaculización, injerencias arbitrarias o ataques a la propiedad privada	5	100	1.13
Total		5	100	1.13
Derecho al trabajo	Obstaculización, negación o injerencias arbitrarias en el derecho al trabajo	5	100	1.13
Total		5	100	1.13
Derecho a la protección de las personas con discapacidad	Obstaculización, restricción, injerencia arbitraria o negativa de los derechos de las personas con discapacidad	2	100	0.52
Total		2	100	0.52
Derechos de la niñez	Obstaculización o negativa para la protección de la integridad física o psicológica del niño o la niña	1	50	0.26
	Obstaculización, restricción, desconocimiento o injerencias arbitrarias en el interés superior del niño o de la niña	1	50	0.26
Total		2	100	0.52
Derecho a la información	Negativa, obstaculización o injerencias arbitrarias en el acceso a la información y transparencia de la gestión pública	1	50	0.26
	Negativa, obstaculización o injerencias arbitrarias para buscar o difundir información	1	50	0.26
Total		2	100	0.52
Derecho a la igualdad ante la ley	Discriminación	2	100	0.52
Total		2	100	0.52
Derecho a un medioambiente sano	Obstaculización, negativa, o restricción de la protección, preservación y mejoramiento del medioambiente	1	50	0.26
	Obstaculización, restricción o negativa de utilizar el máximo de las posibilidades de las autoridades del Distrito Federal para lograr un medioambiente sano	1	50	0.26
Total		2	100	0.52
Total general				381*

* El total de derechos humanos vulnerados (381) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (286), debido a que en una queja puede señalarse uno o más derechos presuntamente violados.

➤ Causales de conclusión

De las 326 quejas que se decidió iniciar para investigar presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de una persona adulta mayor cinco se encontraban en trámite al inicio del 2008 y las 321 restantes fueron concluidas por las causales siguientes:

Cuadro 17 Causales de conclusión

Causales de conclusión	Quejas concluidas	Porcentaje que representa del total de causales de conclusión
Por solución a la queja durante su tramitación	108	33.64
Por orientación a la o el quejoso y/o a la o el agraviado	71	22.12
Por no existir elementos suficientes para acreditar la violación a los derechos humanos	57	17.76
Por no ser competencia de la CDHDF	37	11.53
Por falta de interés de la o el quejoso y/o de la o el agraviado en la continuación del procedimiento	32	10
Por tratarse de hechos no violatorios de derechos humanos	7	2.18
Por acumulación del expediente	5	1.56
Por desistimiento de la o el quejoso y/o de la o el agraviado	3	.93
Por improcedencia	1	.31
Total	321	

Atendiendo al lugar donde ocurrieron las presuntas violaciones a derechos humanos, para cada demarcación territorial se presentan las incidencias en el cuadro 18:

Cuadro 18 Lugar donde ocurrieron las presuntas violaciones a derechos humanos

Demarcación Territorial	Quejas	%
Cuauhtémoc	98	34.26
Gustavo A. Madero	38	13.28
Venustiano Carranza	22	7.69
Iztapalapa	20	6.99
Benito Juárez	16	5.59
Iztacalco	16	5.59
Xochimilco	15	5.24
Miguel Hidalgo	15	5.24
Tlalpan	14	4.89
Álvaro Obregón	10	3.49
Coyoacán	8	2.79
Azcapotzalco	6	2.09
Milpa Alta	2	0.69
Cuajimalpa de Morelos	2	0.69
Tláhuac	2	0.69
La Magdalena Contreras	2	0.69
Total	286	100

➤ 2007

En 2007 la CDHDF tuvo conocimiento de 681 asuntos por los que se decidió iniciar una queja para investigar presuntas violaciones a los derechos humanos en las que personas adultas mayores se encontraban como agraviadas.

Como se puede observar, esta cifra se duplicó en 2005 y 2006; la principal causa de ello es la especialización de las visitadurías generales y, la promoción y difusión que se ha realizado de los derechos humanos.

De estos 681 asuntos las visitadurías generales calificaron como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 19 Calificación de las quejas presentadas durante 2007

Calificación	Quejas	%
Quejas presuntamente violatorias de derechos humanos	630	92.52
Quejas que no eran competencia de la CDHDF	19	2.79
Quejas pendientes de calificar por falta de información de la o el peticionario	18	2.64
Quejas improcedentes	14	2.05
Total	681	100

Autoridades señaladas como responsables en los casos calificados como presuntas violaciones a derechos

En 2007 las autoridades señaladas con mayor incidencia como responsables de las presuntas violaciones de derechos humanos en agravio de las personas adultas mayores fueron las áreas de la Procuraduría General de Justicia, las diferentes delegaciones políticas, así como las secretarías de Seguridad Pública y Gobierno, que en conjunto representaron cerca de 67% del total, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 20 Autoridades mencionadas

Dependencia específica	Total de menciones	%
Procuraduría General de Justicia	246	34.21
Delegaciones	96	13.35
Secretaría de Seguridad Pública	72	10.01
Secretaría de Gobierno	71	9.88
Secretaría de Salud	48	6.67
Secretaría del Medio Ambiente	44	6.11
Consejería Jurídica y de Servicios Legales	32	4.45
Secretaría de Desarrollo Social	22	3.05
Tribunal Superior de Justicia	19	2.64
Secretaría de Finanzas	18	2.50
Secretaría de Transportes y Vialidad	17	2.36
Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda	15	2.08
Oficialía Mayor	5	0.69
Organismos Autónomos	5	0.69
Contraloría General	4	0.55
Jefatura de Gobierno	2	0.27
Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo	2	0.27
Secretaría de Desarrollo Económico	1	0.13
Total	719*	100

* El total de menciones de autoridad (719) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (630), debido a que en una queja puede señalarse una o más autoridades como presuntamente responsables.

Tipos de violación determinados por las Visitadurías Generales en los casos calificados como presuntas violaciones a derechos humanos

De las 630 quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos se desprendió la identificación de 25 derechos humanos presuntamente vulnerados, de los cuales destacan el derecho a la seguridad jurídica, los derechos de la víctima o la persona ofendida, el derecho a la protección de las personas adultas mayores y los derechos de las personas privadas de su libertad, que en conjunto obtuvieron 610 menciones que representan cerca de 64% del total, como se puede observar en el cuadro 21:

Cuadro 21 Derechos humanos presuntamente violados

Derecho humano vulnerado	Total de menciones	%
Derecho a la seguridad jurídica	237	24.78
Derechos de la víctima o la persona ofendida	196	19.72
Derecho a la protección de las personas adultas mayores	90	9.41
Derechos de las personas privadas de su libertad	87	9.22

Cuadro 21 Derechos humanos presuntamente violados (*continuación*)

Derecho humano vulnerado	Total de menciones	%
Derecho de petición y pronta respuesta	71	7.42
Derecho al debido proceso, garantías judiciales	67	6.79
Derecho a la libertad y seguridad personales	39	4.07
Derecho a la salud	26	2.71
Derecho a la integridad personal	24	2.49
Derecho a una adecuada protección judicial	22	2.29
Derecho a un nivel de vida adecuado	17	1.75
Derecho a la honra y la dignidad	14	1.45
Derecho a la protección de las personas con discapacidad	12	1.24
Derechos de la niñez	9	0.92
Derecho a la igualdad ante la ley	8	0.83
Derecho a un medioambiente sano	8	0.82
Derecho al trabajo	8	0.83
Derecho a la propiedad privada	7	0.73
Derecho de reunión y asociación	4	0.40
Derecho a la información	3	0.30
Derecho de circulación y residencia	2	0.20
Derechos de la mujer desde la perspectiva de género	2	0.20
Derecho a defender los derechos humanos	1	0.10
Derecho a la libertad de pensamiento y expresión	1	0.10
Derecho a la vida	1	0.10
Total	956*	

*El total de derechos humanos vulnerados (956) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (630), debido a que en una queja puede señalarse uno o más derechos presuntamente violados.

A continuación se presenta el desglose realizado por las visitadurías generales –responsables de la investigación de las quejas– de los tipos de violación a los derechos humanos de las personas adultas mayores presuntamente vulnerados:

Cuadro 22 Tipos de violación

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la seguridad jurídica	Obstaculización u omisión de observar la ley o normatividad aplicable al caso	167	70.47	17.46
	Falta o deficiencia en la fundamentación o motivación	70	29.53	7.32
Total		237	100	24.78
Derechos de la víctima o la persona ofendida	Negativa u obstaculización de asesoría	102	52.05	10.66
	Negativa u obstaculización a ser informado del procedimiento penal	40	20.40	4.18
	Negativa de protección	20	10.20	2.09
	Negativa a iniciar la averiguación previa	14	7.14	0.74
	Negativa u obstaculización para la recepción de pruebas	8	4.08	0.83
	Negativa u obstaculización para ofrecer pruebas	6	3.07	0.62
	Negativa de atención médica o psicológica	2	1.02	0.20
	Negativa u obstaculización de la coadyuvancia	2	1.02	0.20
	Negativa u obstaculización de la reparación del daño	2	1.02	0.20
Total		196	100	19.72

Cuadro 22 Tipos de violación (continuación)

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la protección de las personas adultas mayores	Obstaculización, restricción, injerencia arbitraria o negativa de los derechos de la persona en su condición de adulta mayor	90	100	9.41
Total		90	100	9.41
Derechos de las personas privadas de su libertad	Abstención u omisión de dar adecuada protección a la integridad física o psicológica de la persona privada de libertad	29	33.33	3.03
	Negativa, retraso u obstaculización de atención médica	21	24.14	2.19
	Deficiente atención médica	11	12.65	1.15
	Negativa, restricción u obstaculización de la visita familiar	10	11.49	1.20
	Negativa o abstención a proporcionar una respuesta adecuada, fundada y motivada a la petición de libertad anticipada	9	10.35	0.94
	Negativa o abstención de libertad por compurgar la sentencia	4	4.59	0.41
	Aislamiento o incomunicación	2	2.30	0.20
	Insalubridad	1	1.15	0.10
Total		87	100	9.22
Derecho de petición y pronta respuesta	Negativa u obstaculización del derecho a petición y pronta respuesta	71	100	7.42
Total		71	100	7.42
Derecho al debido proceso, garantías judiciales	Violación u obstaculización de las garantías de debido proceso	45	67.17	4.70
	Violación u obstaculización de las garantías judiciales	20	29.85	2.09
	Violación a la presunción de inocencia	2	2.98	0.20
Total		67	100	6.79
Derecho a la libertad y seguridad personales	Detención arbitraria	24	61.54	2.51
	Negación de información sobre la situación jurídica	11	28.21	1.15
	Incomunicación	4	10.25	0.41
Total		39	100	4.07
Derecho a la salud	Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud	16	61.53	1.67
	Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud	7	26.93	0.73
	Obstaculización, restricción o negativa de medidas de prevención y tratamiento de enfermedades	3	11.54	0.31
Total		26	100	2.71
Derecho a la integridad personal	Uso desproporcionado o indebido de la fuerza	15	62.50	1.56
	Tratos crueles inhumanos o degradante (malos tratos)	5	20.84	0.52
	Tortura	4	16.66	0.41
Total		24	100	2.49
Derecho a una adecuada protección judicial	Omisión o irregularidad en el cumplimiento de una resolución judicial	14	63.64	1.46
	Restricción, negativa u obstaculización de la adecuada protección judicial	8	36.36	0.83
Total		22	100	2.29

Cuadro 22 Tipos de violación (continuación)

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a un nivel de vida adecuado	Obstaculización, restricción o negativa del derecho a los servicios básicos de agua potable, electricidad, drenaje, alcantarillado, recolección de basura, etcétera.	13	76.48	1.35
	Desalojo ilegal	2	11.76	0.20
	Obstaculización, negativa o restricción sin fundamentación ni motivación al derecho a una vivienda adecuada	2	11.76	0.20
Total		17	100	1.75
Derecho a la honra y la dignidad	Injerencias arbitrarias o ataques a la dignidad y la honra	13	92.85	1.35
	Injerencias arbitrarias o ataques en la vida privada	1	7.15	0.10
Total	14	100	1.45	
Derecho a la protección de las personas con discapacidad	Obstaculización, restricción, injerencia arbitraria o negativa de los derechos de las personas con discapacidad	10	83.33	1.04
	Obstaculización, restricción, injerencia arbitraria o negativa para que se adopten, en el máximo de las posibilidades de las autoridades del Distrito Federal, las medidas necesarias para que las personas con discapacidad puedan desenvolverse a nivel persona, en el trabajo, la cultura y la educación	2	16.67	0.20
Total		12	100	1.24
Derechos de la niñez	Obstaculización, restricción, desconocimiento o injerencias arbitrarias en el interés superior del niño o de la niña	4	44.45	0.41
	Obstaculización o negativa para la protección de la integridad física o psicológica del niño o la niña	3	33.33	0.31
	Obstaculización o restricción en la vida libre de violencia	2	22.22	0.20
Total		9	100	0.92
Derecho a la igualdad ante la ley	Discriminación	7	87.5	0.73
	Obstaculización, injerencia arbitraria o negativa de la igualdad ante la ley	1	12.5	0.10
Total		8	100	0.83
Derecho a un medioambiente sano	Obstaculización o restricción de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado	4	50.00	0.41
	Obstaculización, negativa o restricción de la protección, preservación y mejoramiento del medioambiente	3	37.50	0.31
	Obstaculización, restricción o negativa de utilizar el máximo de las posibilidades de las autoridades del Distrito Federal para lograr un medioambiente sano	1	12.50	0.10
Total		8	100	0.82
Derecho al trabajo	Obstaculización, negación o injerencias arbitrarias en el derecho al trabajo	8	100	0.83
Total		8	100	0.83

Cuadro 22 Tipos de violación (continuación)

Derecho humano vulnerado	Tipo de violación	Total de menciones	Porcentaje que representa del total del derecho genérico	Porcentaje que representa del total de derechos humanos presuntamente vulnerados
Derecho a la propiedad privada	Obstaculización, injerencias arbitrarias o ataques a la propiedad privada	7	100	0.73
Total		7	100	0.73
Derecho de reunión y asociación	Obstaculización, negativa o injerencias arbitrarias para la asociación o reunión con fines lícitos	2	50.00	0.20
	Obstaculización, negativa o injerencias arbitrarias para la manifestación pública y pacífica	2	50.00	0.20
Total		4	100	0.40
Derecho a la información	Negativa, obstaculización o injerencias arbitrarias en el acceso a la información y transparencia de la gestión pública	2	66.66	0.20
	Negativa, obstaculización o injerencias arbitrarias para buscar o difundir información	1	33.34	0.10
Total		3	100	0.30
Derecho de circulación y residencia	Obstaculización, restricción o injerencias arbitrarias en la libre circulación	2	100	0.20
Total		2	100	0.20
Derechos de la mujer desde la perspectiva de género	Violencia contra la mujer	2	100	0.20
Total		2	100	0.20
Derecho a defender los derechos humanos	Restricción, obstaculización, impedimento o injerencia arbitraria a la promoción, defensa, protección y ejercicio de los derechos humanos	1	100	0.10
Total		1	100	0.10
Derecho a la libertad de pensamiento y expresión	Ataques, obstaculización o injerencias arbitrarias para difundir y buscar información	1	100	0.10
Total		1	100	0.10
Derecho a la vida	Ejecución arbitraria o sumaria	1	100	0.10
Total		1	100	0.10
Total general		956*		

*El total de derechos humanos vulnerados (956) es mayor al número de quejas calificadas como presuntamente violatorias a derechos humanos (630), debido a que en una queja puede señalarse uno o más derechos presuntamente violados.

Causales de conclusión

De las 681 quejas referidas, en las que se iniciaron investigaciones por presuntas violaciones de derechos humanos, 280 se encontraban en trámite al inicio de 2008 y las 401 restantes fueron concluidas por las causales siguientes:

Cuadro 23 Causales de conclusión

Conclusión	Quejas	%
Por solución a la queja durante su tramitación	170	42.39
Por no existir elementos suficientes para acreditar la violación a los derechos humanos	52	12.97
Por orientación a la o el quejoso y/o a la o el agraviado	48	11.98
Por no ser competencia de la CDHDF	31	7.74
Por falta de interés de la o el quejoso y/o de la o el agraviado en la continuación del procedimiento	30	7.48

Cuadro 23 Causales de conclusión (*continuación*)

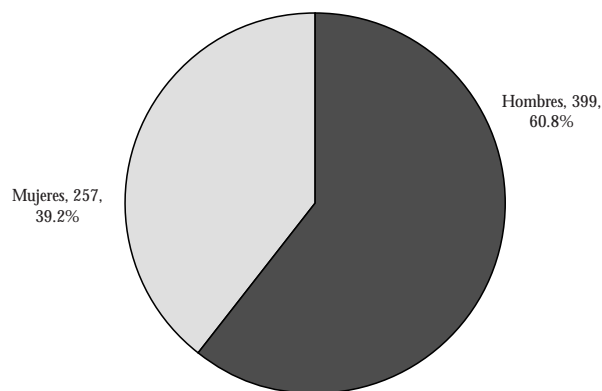
Conclusión	Quejas	%
Por tratarse de hechos no violatorios de derechos humanos	29	7.23
Por acumulación del expediente	23	5.73
Por tratarse de quejas improcedentes	10	2.49
Por desistimiento de la o el quejoso y/o de la o el agraviado	8	1.99
Total	401	

Atendiendo al lugar donde ocurrieron las presuntas violaciones a derechos humanos, para cada demarcación territorial se presentan las incidencias siguientes:

Cuadro 24. Lugar donde ocurrieron las presuntas violaciones de derechos humanos

Demarcación territorial	Quejas	%
Cuauhtémoc	173	27.47
Iztapalapa	104	16.51
Gustavo A. Madero	90	14.29
Xochimilco	34	5.39
Venustiano Carranza	33	5.24
Benito Juárez	31	4.92
Álvaro Obregón	31	4.92
Coyoacán	28	4.44
Tlalpan	27	4.29
Miguel Hidalgo	19	3.01
Azcapotzalco	16	2.53
Iztacalco	16	2.53
Milpa Alta	10	1.59
La Magdalena Contreras	8	1.27
Tláhuac	6	0.96
Cuajimalpa de Morelos	4	0.64
Total	630	100

Cabe señalar que en las 630 quejas presuntamente violatorias a derechos humanos que se reportan, estuvieron involucradas 656 personas adultas mayores como agraviadas, con la distribución por sexo que a continuación se indica:

Grá ca 1 Personas adultas mayores agraviadas

*Informe especial la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores
en las instituciones del Distrito Federal 2007*

se terminó de imprimir en noviembre de 2008 en los talleres de
Servicios de Medios Alternativos, S. A. de C. V., calzada de las Águilas 1842,
col. Axomiatla, 01820, D. F.

Para su composición se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro de 8:10, 9:11 y 11:14 y
Frutiger Lt Std 45 Light de 7:9 y 9:11 puntos.

El tiro fue de 1 000 ejemplares impresos en papel bond de 75 g.

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL**

Oficina sede

Avenida Chapultepec 49,
Centro Histórico,
Del. Cuauhtémoc,
06040 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Norte

Aquiles Serdán 22, 2º piso,
esquina con Fray Juan de Zumárraga,
Col. La Villa (frente a la Basílica),
Del. Gustavo A. Madero,
07050 México, D. F.
Tel.: 5748 2488

Sur

Av. Prol. Div. del Norte 5662,
Local B, Barrio San Marcos,
Del. Xochimilco,
16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267

Oriente

Cuauhtémoc 6, 3º piso,
esquina con Ermita,
Barrio San Pablo,
Del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230 y 5686 2087

Poniente

Avenida Revolución 1165,
entre Barranca del Muerto y Juan Tinoco,
Col. Merced Gómez,
Del. Benito Juárez,
03930 México, D. F.
Tel.: 5651 2587

Centro de consulta y documentación

Doctor Río de la Loza 300,
1º piso, Col. Doctores,
06720 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1608

www.cd hdf.org.mx



Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal