

A close-up, high-contrast photograph of an elderly woman's face. She is wearing a dark headscarf. The lighting is dramatic, highlighting the texture of her skin and the folds of the fabric. The background is blurred, showing what appears to be a doorway or window with light coming through.

**Origen, evaluación y focalización
de los programas sociales para la**

VEJEZ

**Flor Rocío Ramírez Martínez
Luis Flores Padilla**

**El Colegio de Chihuahua
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

D. R.© 2020 El Colegio de Chihuahua
Calle Partido Díaz 4723
Colonia Progresista, C.P. 32310
Ciudad Juárez, Chihuahua, México
Tel. +52 656 639 0397
ISBN: 978-607-8214-62-4

D. R. © 2020 Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Avenida Plutarco Elías Calles 1210
Fovissste Chamizal, C.P. 32310
Ciudad Juárez, Chihuahua, México
Tel. +52 656 688 2260
ISBN: 978-607-520-387-4



Primera edición, formato electrónico, 2020.

Coordinación editorial y cuidado de la publicación:
Departamento de Publicaciones y Difusión de El Colegio de
Chihuahua
Corrección: Arrebol editores
Diseño de portada e interiores: Karla María Rascón González

PUBLICACIÓN EN ACCESO ABIERTO: Se autoriza cualquier reproducción total o parcial de esta obra, siempre y cuando sea sin fines de lucro o para usos estrictamente académicos, citando invariablemente la fuente sin alteración del contenido y dando los créditos autorales.

*Flor Rocío Ramírez Martínez
Luis Flores Padilla*

Origen, evaluación y focalización de los programas sociales para la vejez



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ

EL COLEGIO DE CHIHUAHUA

Luis Álvaro Moreno Espinoza
Director General

Sarahí Sánchez León
Secretaria General

Luis Ernesto Cervera Gómez
Coordinación Académica

Silvia Hernández Caracosa
Coordinación Administrativa

Elvia Liliana Chaparro Vielma
Departamento de Publicaciones y Difusión

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Juan Ignacio Camargo Nassar
Rector

Daniel Constandse Cortez
Secretario General

Jesús Meza Vega
Director General de Comunicación Universitaria

ÍNDICE

Capítulo 1

Introducción.....	7
-------------------	---

Capítulo 2

Programas Sociales:

Su origen y su evaluación.....	13
--------------------------------	----

La teoría del Estado de bienestar como origen de los programas sociales.....	13
La crisis del Estado de bienestar	20
El Estado de bienestar de la salud en la vejez.....	25
La teoría evaluativa	27
Tipos de evaluación.....	32

Capítulo 3

Teorías de la investigación evaluativa y transparencia de

programas sociales.....	43
-------------------------	----

Teóricos de la investigación evaluativa	43
La transparencia en los programas sociales	52

Capítulo 4

Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores ..	57
--	----

Enfoques teóricos	57
Componentes.....	60
Importancia	61

Capítulo 5

Envejecimiento poblacional y programas sociales para adultos

mayores.....	65
--------------	----

La problemática del envejecimiento poblacional en México	65
Envejecimiento de la población en América Latina.....	71

Capítulo 6

Evaluación de las condiciones de salud de los adultos mayores de un programa social en Ciudad Juárez.....75

Metodología 75

Resultados 81

Evaluación del programa con Sistemas de Información

Geográfica.....95

Capítulo 7

Conclusiones101

Referencias 105

INTRODUCCIÓN

Evaluar un programa social permite conocer si se está logrando el objetivo deseado. En la creación y ejecución de los programas sociales se invierte tiempo, dinero y el esfuerzo de muchos empleados, sin embargo, se desperdician una gran cantidad de recursos al no evaluarlos, ya que no se tiene conocimiento de si realmente están cumpliendo con resolver la problemática de su población objetivo.

De acuerdo con Jacinto, García y Solla (2007) poco puede esperarse de los programas sociales si no se tienen políticas universales y estructurales de redistribución de ingresos y servicios.

Para Matos (2005), un programa social que está formulado de manera adecuada, mejora sustancialmente sus posibilidades de éxito. Por ello, se debe contar con herramientas de evaluación y seguimiento de programas, desde la introducción hasta la última fase de la ejecución, que contengan los criterios que se utilizan dentro de las organizaciones evaluadoras, además de considerar más de un procedimiento, porque la revisión se torna con mayor complejidad y requiere contar con criterios específicos.

El objetivo de una evaluación de programas sociales es revisar los resultados que una intervención del gobierno ha generado en un entorno específico; por lo tanto, no se tiene una idea del éxito o el fracaso de un programa si no se revisa.

Meza (2008) señala que las variadas presiones representadas por la llegada de la globalización, los diversos señalamien-

tos hacia los gobiernos por parte de múltiples organismos internacionales que provienen de todo el mundo, así como el legítimo reclamo de la sociedad sobre la efectividad en la utilización de los recursos públicos en el diseño, ejecución y resultados de sus instrumentos de intervención, han obligado al gobierno mexicano a enfrentar la necesidad de dar respuesta a tales requerimientos, con mecanismos de control, transparencia y evaluación, es decir, hacer un ejercicio de rendición de cuentas que garantice un mejor desempeño en función de las necesidades de la sociedad.

Asimismo, tal como analiza De Miguel (2009), la evaluación de programas sociales tiene un significado político, ya que constituye el resultado de decisiones y prioridades políticas. Es difícil sostener que el trabajo del evaluador es meramente técnico, siendo que el sesgo ideológico y político implícito en su tarea es inevitable. El evaluador, además de ser técnico también debe ser un mediador político debido a que las políticas públicas son el objetivo de la evaluación.

Meza (2008) considera que con anterioridad la confianza pública en el desempeño del gobierno era un asunto poco relevante para el desarrollo de los países. La revolución informativa que trajo consigo la globalización ha provocado que la sociedad cuente cada vez más con un mayor conocimiento de los derechos, obligaciones y alternativas que tiene para exigir la rendición de cuentas de las acciones del sector público. Actualmente, los gobiernos de todo el mundo se enfrentan a los desafíos científicos y tecnológicos, de seguridad social y salud pública, de sustentabilidad ambiental y especialmente informativos, que nos hizo evidentes la globalización.

Por otro lado, utilizar Sistemas de Información Geográfica (SIG) puede ser de gran utilidad para focalizar los programas sociales. Garson y Biggs (1992), definen un SIG como un equipo y programas de computación que integra mapas y gráficos con una base de datos sobre un espacio

geográfico definido. La información que emplea es tanto de naturaleza espacial como descriptiva. En ese sentido, el uso de los SIG en el campo de la salud pública es reciente. Para la Organización Panamericana de la Salud (1996) el desarrollo de estos sistemas ha tenido sus raíces en otras áreas tales como el mercadeo, el transporte, la seguridad pública y desde luego, el monitoreo de fenómenos geológicos y climáticos de la tierra.

Aun y cuando los SIG no son nuevos, su uso no es frecuente para realizar evaluaciones de programas sociales. Actualmente existen muchos programas sociales en el mundo, pero el principal problema es la falta de evaluación relacionada con saber si está llegando realmente a su población objetivo, además de que no se conoce si está generando un cambio en la población beneficiaria, por lo que resulta muy relevante utilizar SIG en la evaluación de los programas sociales.

Por otro lado, generalmente los recursos de los gobiernos son limitados y en la mayoría de los casos no se pueden crear programas sociales con criterios de universalidad. Por este motivo, la focalización es de gran importancia para que efectivamente los recursos de los programas sean recibidos por quien realmente los necesita. Para Brodersohn (1999), focalizar un programa le da prioridad a aspectos operativos y metodológicos sobre quién y dónde recibe el bien o servicio social y debería ser decisiva para asignar el gasto público social, ya que asegura que los grupos vulnerables tengan acceso a los bienes y servicios públicos sociales, creando una mayor equidad.

El término "focalización" es utilizado en los programas sociales para delimitar a los destinatarios según la finalidad que persiguen, es decir, su población objetivo. Realizar una focalización geográfica permite identificar territorios homogéneos donde existe pobreza y de esta manera determinar dónde está la población que pudiera ser candidata idónea para recibir el apoyo de un programa social encaminado a la

pobreza. Orozco y Hubert (2005) señalan que una focalización geográfica se lleva a cabo mediante la utilización de los SIG. Las bases de datos que integran el sistema contienen la cartografía producida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el sistema carretero, la disponibilidad de servicios de educación y salud, entre otros.

Existe un hueco del conocimiento en los programas sociales que tiene que ver con su focalización. En la mayoría de los casos el presupuesto de los gobiernos no alcanza a cubrir a toda la población que necesita del apoyo, por lo cual la cobertura de los programas sociales se ve limitada por los recursos económicos con los que se cuenta. El gobierno entrega recursos, pero no se tienen los mecanismos para determinar si realmente están llegando a la población objetivo y si estos apoyos están generando un cambio en el nivel de vida de los beneficiarios. Ante esta dificultad, los SIG son una herramienta muy útil que puede servir de apoyo para evaluar y contrastar espacialmente la implementación de los programas sociales, por lo que su aplicación puede generar beneficios al ser aplicados (Loyola *et al.*, 2002).

Por las razones expuestas anteriormente, se realizó un estudio observacional para evaluar el estado de salud de los beneficiarios del programa social para adultos mayores "Vive a plenitud". La presente investigación se llevó a cabo en Ciudad Juárez, Chihuahua. Mediante un mapeo geográfico de direcciones de los beneficiarios en los polígonos de pobreza, se evaluaron los niveles de bienestar de esta población, su finalidad fue determinar si los beneficiados representaban la población objetivo del programa.

Las condiciones de salud a evaluar en esta población fueron el estado nutricional, el deterioro cognitivo y el grado de discapacidad física, ya que es una población que tendrá un crecimiento importante en las próximas décadas y sus enfermeda-

des serán un grave problema de salud pública, sobre todo para los que se encuentran en situación de extrema pobreza.

Con motivo de la evaluación genérica de programas sociales para adultos mayores y de sus condiciones de salud, la utilización de los SIG se justifica por las siguientes razones:

- Para analizar sistemáticamente la información de las actividades, características y resultados, que permitan orientarse hacia la acción de toma de decisiones (Rossi y Freeman, 1982).
- Porque la mayoría de ellos no cuenta con una evaluación sobre la administración del programa ni el impacto que éste tiene en los beneficiarios (De Miguel, 2000).
- Los adultos mayores representan un grupo vulnerable que en la mayoría de los casos no tienen una pensión para solventar su vejez ni una casa propia donde vivir. Se estima que el 75% de los adultos mayores en México carecen de una pensión o jubilación para afrontar su vejez (Conapo, 2010). Mientras que el INEGI (2010) indica que para el año 2050 la población de adultos mayores será superior a la infantil.
- Contrastar los niveles de pobreza identificados por el gobierno con los potenciales beneficiarios de los programas para definir cuál es realmente la población que necesita el beneficio mediante la utilización del SIG.
- Indicar que el aumento en la esperanza de vida de la población de adultos mayores es una condición existente pero no se analiza en qué condiciones está llegando este grupo poblacional a la vejez. (Botero y Pico, 2007).

La evaluación de un programa social es de gran importancia para definir si resuelve la problemática de su población objetivo. Los recursos de los gobiernos son limitados y por ello

deben utilizarse con eficacia y eficiencia, por lo que la focalización cobra relevancia.

En 30 años la población de adultos mayores será mayor que la de niños, por lo que se deben analizar y evaluar los programas sociales para la vejez. En el siguiente capítulo se analizará el origen y la evaluación de los programas sociales.

PROGRAMAS SOCIALES: SU ORIGEN Y SU EVALUACIÓN

En este capítulo se describe el origen y la evolución de los programas sociales, así como su evaluación

La teoría del Estado de bienestar como origen de los programas sociales

Evangelista (2001) sostiene que a partir de la Edad Media y hasta alrededor del siglo XVIII la sociedad europea comienza a considerar la ayuda económica a modo de "limosna" como una manera de ayudar a los menesterosos. Ahí se inicia lo que constituye una de las formas de ayuda social más importantes de hoy en día: la beneficencia, que se define como el acto de prestar algún modo de asistencia a las personas en necesidad, otorgando protección a los grupos vulnerables dentro de la sociedad.

Evangelista (2001) y Nina (2008) concuerdan en la definición de beneficencia como un sistema de protección social que tiene su base en la asistencia a grupos desprotegidos y, aunque principalmente es llevado a cabo por instituciones del Estado, también puede efectuarse por organismos privados o instituciones religiosas. Esta definición del perfil de los beneficiarios, quienes son los usuarios de los programas sociales, revela otra necesidad: distribuir muy pocos recursos entre un gran número de personas.

Esta ayuda económica que hoy llamamos beneficencia, es el primer acercamiento a lo que conocemos como programas sociales cuyo fundamento es el Estado de bienestar, que tiene como principal objetivo proporcionar niveles de vida digna a los ciudadanos que no sean capaces de mantenerla por sus propios medios.

Briceño y Gillezeau (2012) señalan que entre las corrientes liberal y socialista que predominaron en Europa a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, se creó un nuevo concepto que apoyaba la necesidad de desarrollar políticas sociales para disminuir los problemas que estaba generando el capitalismo. Esta nueva corriente recibió el nombre de Estado benefactor, Estado providencia (del francés *L'Etat Providence*) o Estado de bienestar (del inglés *Welfare State*).

Villarespe (2002) señala que en el siglo XIX la Revolución Industrial introdujo un cambio de percepción sobre la pobreza, asimilando a los pobres con los obreros industriales, es decir, tratando de incluirlos en la vida productiva, ya que se tenía la idea de que pobreza era igual a delincuencia. Debido a esta situación, se implementaron controles para garantizar la honestidad, la dignidad y el apego social al trabajo de las personas menos favorecidas. Para el autor, lo esencialmente importante es que el problema de los pobres se integra de forma estructural al Estado. La caridad decreció cuando el Estado asumió un nuevo centralismo con las siguientes variantes: a) como represor de vagos, b) como patrón de los verdaderamente necesitados, avalándolos en las posibilidades de empleo y, ocasionalmente, como proveedor de trabajos públicos, y c) como recopilador de información acerca de los pobres.

En Reino Unido los poderes públicos estatales fueron asumiendo funciones tradicionalmente desempeñadas por los concejos municipales o las iglesias, previo a la promulgación en 1834 de la *New Poor Law*. Para algunos historiadores esta fecha marcó los inicios de la construcción de los sistemas

contemporáneos del bienestar. Las leyes en Gran Bretaña se modificaron estableciendo un sistema de ayuda a los pobres, los cuales antes sólo habían recibido apoyo a través de instituciones de beneficencia o de la Iglesia. Estos cambios legales permitieron crear un marco jurídico reglamentario para apoyar a los más necesitados (Moreno, 2001).

A finales del siglo XIX empiezan a generarse opiniones sobre el Estado de bienestar, por ejemplo, según documenta Krmpotic (2002) en el Congreso Internacional de Asistencia Pública y Privada, celebrado en París en 1889, se plantea el sostenimiento de la intervención del Estado como contralor de las instituciones privadas y se empieza a considerar el asistencialismo como una actividad más racional.

Situándose en acontecimientos históricos más recientes, Moreno (2001) indica que las bases del Estado de bienestar en Estados Unidos se establecieron después de la Depresión de 1929 y sobre todo con la aprobación, en 1935, de la Social Security Act, aunque posteriormente unos programas sociales menos comprensivos, y la carencia de un sistema nacional de salud pública, han configurado el *welfare* estadounidense, como un modelo de mínimos dentro de lo que se conoce como modelo anglosajón.

Vara-Horna (2007) señala que el modelo keynesiano de intervención estatal se reconoce como un importante antecedente del Estado de bienestar. Fue concebido por el economista británico John M. Keynes como consecuencia de la Gran Depresión económica de los años treinta y se consolidó en los países desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial. En tanto, el origen de los programas sociales guarda relación directa con el surgimiento de las políticas públicas de desarrollo social, las llamadas "políticas sociales". Vara-Horna (2007) indica que las políticas sociales fueron impulsadas por los gobiernos europeos al finalizar la Segunda Guerra Mundial y se orientaron a procurar condiciones de vida aceptables

para el conjunto de la sociedad. Esto implicó intentar, mediante su intervención, resolver los más diversos problemas sociales: desempleo, bajos salarios, analfabetismo, baja escolaridad, carencia de servicios básicos, enfermedades, entre otros.

Después de la Segunda Guerra Mundial surge la necesidad de que el Estado intervenga no sólo en el plano económico sino en el social. Para Moreno (2001), se puede hablar de los orígenes del Estado de bienestar a partir de la legislación social alemana en el periodo de gobierno del canciller, estadista y militar Otto von Bismarck, quien a fines del siglo XIX aprueba la primera legislación social alemana que entre sus leyes incluía la *Ley de seguro de enfermedad y maternidad* de 1833, la *Ley de accidentes de trabajo* de 1884 y la *Ley de jubilación y defunción* de 1889. Posteriormente, el mundo obtuvo una de sus más grandes conquistas: el Estado de bienestar, el cual ha sido replicado por varios países con buenos resultados en la disminución de la pobreza de sus habitantes.

Marshall (1973) señala que la ciudadanía actual es resultado de un proceso histórico. Además examina este proceso a la luz de la experiencia inglesa, donde de manera no uniforme se han ido incorporando diferentes derechos en distintos momentos de la historia. En este sentido, ubica los derechos en tres grupos, a cada uno de los cuales les corresponde un siglo en el que fueron consolidados: derechos civiles (siglo XVIII), derechos políticos (siglo XIX) y derechos sociales (siglo XX). Pero para Marshall son los derechos sociales los que hacen de la ciudadanía una institución única y digna de ser defendida. Los derechos sociales son derechos universales que le asisten al ciudadano por su mera pertenencia a la comunidad; se otorgan sin vinculación alguna con el lugar que éste ocupe en la división del trabajo o en los sistemas de jerarquías sociales.

El sociólogo Esping-Andersen, apoyado en los planteamientos de Marshall, se basa en el concepto de ciudadanía social para desarrollar su propia definición sobre el Estado

de bienestar. Esping-Andersen (1993) construyó una tipología que identifica tres regímenes de bienestar e indica que hay tres tipos de Estados de bienestar según el peso del Estado y su intensidad redistributiva. De acuerdo con el autor, un régimen de bienestar es una combinación institucional de producción mixta de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil, que depende de tres factores: la naturaleza de la movilización de las clases sociales, las estructuras de coalición de la clase política y el legado histórico.

- a) El liberal-anglosajón: Es heredero del siglo XIX y la visión de "aliviar a los pobres". El elemento central es el mercado y se aplica en los países anglosajones. Tiene un enfoque de asistencia social basada en necesidades y, en consecuencia, un sesgo hacia la focalización. En este régimen, típico en los Estados Unidos, el mercado es la estructura fundamental y dominante del bienestar. La intervención del Estado es limitada y la redistribución de la riqueza es un objetivo secundario. Los programas sociales sólo cubren a la población más pobre, los subsidios son modestos y duran poco, la sanidad es mayoritariamente privada, con programas públicos sólo para jubilados o con ingresos muy bajos. El mercado de trabajo está desregulado, con salarios mínimos irrisorios y escasa protección laboral.
- b) El socialdemócrata: Desarrollado en los países escandinavos, se fundamenta en la búsqueda de la protección pública integral con una tendencia al igualitarismo. En ese sentido, tiene una alta provisión de servicios sociales y se centra en el Estado. Un país representativo de este esquema es Suecia, donde el Estado interviene con fuerza en la economía y su prioridad es la redistribución del ingreso y la igualdad en las oportunidades. Los programas sociales son

extensivos, están bien financiados y cubren a toda la población. Los servicios públicos suelen ser excelentes. A pesar de que la regulación del mercado laboral es escasa, existen generosos subsidios de desempleo y agresivas políticas de inserción laboral. El resultado de este modelo es el de sociedades extremadamente igualitarias, con altos niveles de movilidad social, muy bajos niveles de pobreza y envidiables niveles de competitividad e innovación industrial gracias a una mano de obra bien calificada.

- c) El conservador: Su mayor impacto se ha dado en la Europa continental y sus raíces son de carácter estatista, con influencia de la religión católica. Lo que busca es proteger individualmente a los trabajadores asegurándoles la ocupación mediante estrictas normas de contratación y despido. En este modelo se incluyen países como Alemania, Francia y Bélgica. La intervención del Estado es considerable, pero sin embargo la disposición redistributiva es limitada. Como los programas universales no acostumbra tener una buena calidad, los ciudadanos de clase alta recurren al sector privado. En este modelo existen agresivas políticas sociales de empleo y guarderías gratuitas, con mercados de trabajo muy regulado a fin de proteger a los que tienen empleo. El resultado de este modelo son sociedades igualitarias, con niveles de movilidad social no demasiado altos, con niveles de pobreza no excesivos, pero con altas tasas de desempleo.

Para Pico (1999), el Estado de bienestar comienza con mayor auge a partir de 1945, cuando la mayoría de los países capitalistas adoptan la doctrina del Reporte Beveridge y los postulados de política macroeconómica de Keynes. La teoría keynesiana intentaba disminuir los efectos de la Depresión

actuando sobre la demanda agregada a través del Estado. De ahí que la expansión de los programas de bienestar actuados desde arriba se justificaba no sólo con el fin de cubrir las necesidades básicas de la población, sino también como política económica para regular el mercado y reavivar el consumo.

Con respecto al *Reporte Beveridge*, su autor, William Beveridge, un inglés que en 1942 en plena guerra mundial creó varias obras que planteaban la necesidad de cambiar las políticas sociales para que después de la guerra no siguieran subsistiendo las desigualdades sociales. Beveridge quería evitar la pobreza, sostenía que para alejarla el Estado debía ofrecer un modelo de seguridad social donde se pudiera contar con la oportunidad de un trabajo remunerado.

Según Bustelo y Minujin (1997), el *Reporte Beveridge* plantea la convicción de evitar que después de la guerra se retomara el sistema de desigualdades sociales del pasado, promoviendo un programa completo de seguros sociales para trabajadores y no trabajadores que cubrieran la desocupación, la incapacidad, la maternidad, la viudez, etcétera. Asimismo, propone la intervención estatal en la seguridad social y el otorgamiento de subsidios a las clases más necesitadas. A partir del reporte se abandona la idea de Bismark del seguro social sólo para trabajadores y se pasa a la idea de una protección mínima para todos, independientemente de si eran contribuyentes o no.

Niklas Luhmann (1993) plantea que si es posible hablar de una lógica del Estado de bienestar, esta sólo puede ser comprendida mediante el principio de compensación de aquellas desventajas que recaen sobre cada cual como consecuencia de un determinado sistema de vida. En el siglo XIX, en Europa se impuso la tesis de la separación entre Estado y sociedad, pero el Estado no es nada fuera de la sociedad, constituye uno de sus sistemas funcionales.

Sen (2002) señala que en ocasiones las enfermedades, la pérdida del trabajo, la discapacidad o el bajo nivel salarial pueden ser motivo para que las personas se hundan en la pobreza extrema. Es entonces cuando el Estado de bienestar impide que los individuos lleguen a tal estado apoyando a solucionar en parte sus necesidades. Según el autor, en la Europa de los años veinte a los cuarenta o principios del periodo de posguerra, la expectativa de vida era muy baja, aunada a la incidencia de enfermedades y pobreza. Ahora, gracias al Estado de bienestar generado por la asistencia sanitaria, la seguridad social, los programas contra la pobreza, el seguro del desempleo y los planes de pensión, esta expectativa de vida ha cambiado radicalmente. Para Sen, el Estado de bienestar ha sido quizás la mayor aportación de la civilización europea al mundo.

La crisis del Estado de bienestar

El crecimiento económico no puede separarse del crecimiento social. El libre mercado no ha proporcionado por sí solo un beneficio global para la población. El bienestar de los ciudadanos está plasmado como un derecho en la Constitución de la mayoría de los países y es en parte subsanado por el Estado de bienestar.

Para Sen (2002), la naturaleza del Estado de bienestar consiste en ofrecer algún tipo de protección a las personas que sin esa ayuda probablemente no serían capaces de tener una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna. Dentro de este nuevo concepto de Estado de bienestar en la modernidad, se cuenta con varios estudios críticos que se empiezan a gestar con mayor fuerza a partir de 1970.

Un criterio original de estos estudios según Myles y Quadagno (2002), ha sido la identificación del industrialismo como un factor causal del planteamiento de políticas sociales. Los

autores analizan cómo la industrialización instituyó nuevas demandas sociales que cambiaron las instituciones agrarias tradicionales, se tuvo un acceso al empleo y por consiguiente al salario, lo que creó una dependencia al mismo.

Durante los años setenta se gestó lo que puede llamarse una “crisis del Estado de bienestar”. La escasez de recursos, el aumento de la inflación y el cambio del patrón oro-dólar comenzaron la crisis. Los críticos más importantes de la época como Crozier, Huntington y Watanuky (1975) se refirieron a la crisis fiscal de los Estados de bienestar como una crisis de democracia, ya que señalaban que el gobierno estaba adquiriendo demasiadas cargas sociales, lo que significaba déficit público; esto, aunado a los problemas con los sindicatos, los hizo considerar al Estado de bienestar como inviable.

Para Mulas-Granados (2010), la profunda crisis económica internacional que venimos experimentando en los últimos años, fundamentalmente en los países desarrollados como consecuencia de la economía de mercado capitalista y de la insuficiente regulación del mercado financiero, está agudizando la crisis del Estado de bienestar que empieza a sentirse con la crisis económica de la década de los setenta. De tal forma que se hace necesario plantear diferentes alternativas para afrontar esta crisis, así como las nuevas demandas y riesgos sociales que comienzan a aparecer en las actuales sociedades desarrolladas tales como inmigración, acceso a la vivienda, envejecimiento, desempleo y otros.

Los nuevos fenómenos laborales y sociales que repercutieron en la crisis del Estado de bienestar han generado que en los últimos años se transforme para adaptarse a los nuevos tiempos; incluso el envejecimiento poblacional no ha sido suficientemente explorado a la luz del Estado de bienestar para que éste se adecúe a las nuevas políticas sociales.

A continuación se realizará un análisis de los tres modelos antes expuestos por Esping-Andersen bajo los nuevos cambios surgidos:

- a) El modelo liberal o anglosajón que se expuso anteriormente se retoma en la década de los noventa a través de la contracción "*workfare*" o "*welfare to work*", sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña. Según Lodemel y Trickey (2001), el *workfare* estaría compuesto por programas o medidas que requieren el retorno al mercado laboral para que la persona pueda cobrar las prestaciones sociales. En Estados Unidos esta reforma la realiza el presidente Bill Clinton en 1996 y el primer ministro de Inglaterra, Anthony "Tony" Blair, sigue sus pasos eliminando los apoyos y dándole prioridad al empleo, en donde se condicionan las ayudas que pudiera otorgar el Estado a tener un trabajo.

Para Waddan (2003), entre las reformas de Clinton destaca la desaparición de la Aid to Families With Dependent Children (AFDC), que se fundó en 1935 como una de las "medidas estrella" dentro del *New Deal* impulsado por el presidente Roosevelt, y que sin duda alguna era el programa más conocido dentro del sistema de asistencia social estadounidense. El AFDC atendía antes de la reforma a unos cinco millones de familias. Posteriormente este programa fue sustituido por el Temporary Assistance for Needy Families (TANF). Como resultado se obtuvo un aumento del empleo y una disminución de los programas sociales, pero lo interesante de esto es que ha representado una disminución en la pobreza.

Michalopoulos y Berlin (2001) señalan que, a raíz de este cambio en algunos casos, ciertas familias que ahora trabajan a jornada completa están en una situación peor que cuando recibían las prestaciones sociales. El premio Nobel de econo-

mía, Joseph Stiglitz (2009), acuñó la frase “ahora somos todos keynesianos” para hacer referencia a la intervención del Estado en la crisis financiera de los Estados Unidos de 2009, como política económica aceptada tanto por las fuerzas políticas de la derecha como por los del bando keynesiano.

- b) El modelo de bienestar socialdemócrata se caracteriza por: 1) políticas de clase, 2) una economía social; y, 3) políticas sociales redistributivas. Históricamente este modelo se erigió como reacción directa a la política liberal y a las consecuencias sociales de la economía del libre mercado. Hasta el momento sigue siendo un modelo dominante en los países del norte de Europa. El acercamiento socialdemócrata al Estado de bienestar se basa en la confirmación de que el mundo de las mercancías se encuentra inmerso en el ámbito de las relaciones económicas capitalistas. El cuidado de la salud, la educación, la vivienda y la seguridad en el ingreso son en los Estados de bienestar socialdemócratas asignados en lugar de ser beneficios y servicios del Estado.
- c) Las llamadas “rentas mínimas” que son mejor conocidas en México como “subsidios” y que son nuestro caso de estudio, surgieron con la crisis del Estado de bienestar cuando las personas perdían sus empleos. O se dejaba a las personas fuera de la asistencia social o se debía reformar el modelo de protección social. Es ahí donde se crean estos subsidios para grupos vulnerables, los cuales hoy en día en muchos de los países sobre todo latinoamericanos, se han convertido en una nueva manera de reestructurar el Estado de bienestar. Para Euzéby (1991) este modelo tiene cuatro características fundamentales:

1. Los subsidios son complementarios a la seguridad social, son la última opción de seguridad para ciudadanos de escasos recursos.
2. Son de carácter condicional. De este modo, hay que cumplir ciertas exigencias como por ejemplo la edad, la residencia o la nacionalidad, con el compromiso a participar en programas de inserción.
3. Más que de un derecho, habría que hablar de un "cuasi-derecho", ya que muchas veces en algunos países, dependiendo de la coyuntura económica, se han introducido más o menos restricciones en la gestión del programa.
4. Generalmente no hay limitación temporal a la hora de percibir el subsidio.

Moreno (2008) señala que inicialmente los subsidios son creados para las personas que no han cotizado al sistema de seguridad social, que lo han hecho de forma insuficiente o que no cumplen con algunos de los requisitos establecidos. Es decir, que nacen con el objetivo de cubrir los "agujeros" que deja el sistema contributivo dentro del Estado de bienestar. A pesar de esto, con el paso del tiempo los subsidios han sido una pieza fundamental en la lucha contra la vulnerabilidad y la pobreza. Los subsidios han mejorado las condiciones de vida de sus usuarios y en ciertos casos han servido para poner en marcha procesos de acompañamiento e inserción social. Según este autor, no puede dejarse a un lado que la valoración de las personas beneficiarias suele ser por lo general positiva y altamente satisfactoria con respecto a dichos programas. Sin embargo, los subsidios no siempre son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria, por lo cual toma relevancia una adecuada selección de los beneficiarios mediante mecanismos de focalización (Barrón *et al.*, 2011).

Para Martínez (2000), el Estado de bienestar debe estar conformado en primer lugar por una serie de gastos en bienes preferentes: como educación, salud, vivienda y empleo, luego por un segundo grupo de gastos en programas de transferencias de recursos tales como pensiones, seguros de enfermedad, seguros de desempleo y subsidios familiares, entre otros. Se trata de que el conjunto de la sociedad pueda cubrir riesgos individuales tales como la indigencia, el desempleo, la vejez, la invalidez o la carencia de una educación mínima. Cuando un Estado intenta combatir estos riesgos, estamos ante un Estado de bienestar que les asegura a los ciudadanos las condiciones necesarias para una vida digna.

Se debe pensar en construir un nuevo Estado de bienestar del siglo XXI, con las bases del pasado pero con la visión del futuro, en el cual las políticas sociales no estén peleadas con la viabilidad financiera de los países, donde los ciudadanos tengan un compromiso y se genere un asistencialismo con corresponsabilidad por parte de la ciudadanía.

El Estado de bienestar de la salud en la vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. En esta concepción, al hablar de salud también se incluye el bienestar, por lo que es pertinente analizar la relación entre los constructos.

Para Sen (2002), la salud es esencial para nuestro bienestar, ya que son pocas las cosas que se pueden lograr sin ella. Lo que es injusto es que algunos pueden perder su salud debido a problemas económicos y no por una decisión personal como la de no preocuparse por su salud. Sen analiza cómo una enfermedad que no es prevenida o tratada por encontrarse en situación de pobreza y no por una elección perso-

nal, como el tabaquismo, es una situación que va en contra de la justicia social.

Briceño y Gillezeau (2012) señalan que tanto la planeación como la gestión de la salud por parte de los distintos regímenes del Estado de bienestar, deben basarse en alargar el máximo posible dicho Estado completo de bienestar y en intentar evitar que disminuya o incluso desaparezca. Los autores afirman que la salud, al igual que la educación, la seguridad social, y el trabajo, tienen un origen institucional en cuanto a las actividades que el Estado como expresión organizada de la sociedad ha adoptado para hacer frente colectivamente a las necesidades básicas de la población, estén o no relacionadas entre sí.

A medida que las personas envejecen, los gastos en cuestiones de salud se incrementan y su capacidad para generar ingresos disminuye. La vejez va generalmente acompañada de la enfermedad por el desgaste natural del paso de los años, pero si a esto le sumamos la pobreza, el resultado puede resultar caótico. Por lo anterior, es necesario que los gobiernos asuman un compromiso en materia de salud para apoyar a los adultos mayores en situación de pobreza, que constituyen una población vulnerable.

Sen (2002) argumenta que la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, se advierte que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. La equidad en la salud debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas.

La teoría evaluativa

La evaluación, entendida en el campo de los programas sociales, está relacionada con las intervenciones del gobierno para estudiar los procesos, su metodología y si los cambios generados por una intervención social son los deseados; puede realizarse por varios entes, pero es en el gobierno donde enfrenta su mayor reto, ya que ahí se gestan aquellos programas sociales que pueden impactar en la población.

Un programa social incluye todos aquellos proyectos, servicios y actividades dirigidas a grupos específicos de la sociedad, conocidos en su mayoría como grupos vulnerables que cubren ancianos, niños, discapacitados, familias en estado de necesidad, entre otros. De Miguel (2000) define la evaluación como un “proceso de búsqueda de evidencias pertinentes, válidas y fiables a partir de las cuales podamos justificar nuestras valoraciones”. En definitiva, es obtener conocimientos que nos permitan una mayor comprensión del objeto que evaluamos.

La teoría evaluativa evoluciona después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se establece el Estado de bienestar y se crea una bonanza enmarcada por la inversión que se transforma en apoyos sociales. Es aquí cuando el gobierno empieza a estudiar a la población para determinar sus necesidades y consensuar la protección necesaria para su desarrollo. El gobierno en esa época tenía una visión más cercana a un socialismo-paternalismo puesto que sentía la obligación de apoyar a la población con recursos limitados y mantenía una corresponsabilidad en la pobreza, que implicaba el apoyo económico a los más vulnerables (Vives y Muñoz, 2007).

La historia de la teoría de la evaluación está ligada a la investigación social, la cual es un proceso que utiliza el método científico dentro de los problemas sociales. Para House (1994), la evaluación se consolidó durante el auge del Estado de bienestar, como instrumento para determinar la validez de las po-

líticas sociales emprendidas por los gobiernos, por lo que su teoría y enfoques se han desarrollado básicamente dentro de la concepción liberal del mundo y la sociedad y se encuentran por lo tanto fundamentados en los supuestos y principios del liberalismo político. Como teoría, la evaluación, es heredera de los supuestos básicos del Estado liberal. Los enfoques evaluativos son empiristas, se basan en el criterio de que la libertad de ideas permitirá conocer la verdad, asumen la libertad de elección con respecto a las mejores ideas y son los individuos quienes deciden lo que les conviene y lo que no.

Nirenberg (2006) señala que en este Estado de bienestar que prevaleció hasta mediados de la década de los ochenta, el Estado era el principal actor, tanto en la formulación como en la ejecución de las políticas sociales y asumía la obligación de proporcionar protección a los ciudadanos que necesitaban de la ayuda. La "crisis del Estado de bienestar", que comienza ya en la década de los ochenta y se acentúa en la de los noventa, implicó la pérdida de roles y recursos por parte del Estado, en el marco de las políticas neoliberales, los ajustes presupuestarios en función de los crecientes déficits fiscales y los incrementos en las deudas externas.

Ya pasando la década de los noventa se inician los tratados de libre comercio entre los países, y México pasa de ser un Estado con una política proteccionista a ser un Estado neoliberal, en donde la entrada de los bienes importados comienza a verse reflejada en el cierre de empresas que no pueden competir con los nuevos productos. Este neoliberalismo se manifiesta además en los apoyos sociales, ya que las políticas públicas dependen de los recursos financieros de un país y los cambios económicos repercuten en las mismas.

Con el transcurso de los años, el Estado se fue retirando de la economía para dar su entrada al libre mercado y por consecuencia se olvidaron las políticas para distribuir la riqueza entre los grupos sociales más desfavorecidos.

Nirenberg (2006) señala que también a mediados de los noventa, los procesos de concentración de la riqueza se incrementaron en forma notable en la mayoría de los países capitalistas, profundizándose las brechas existentes entre los grupos más ricos y los más pobres. América Latina llegó a constituirse en una de las regiones más desiguales del planeta. Perdido aquel rol central del Estado y caídas las políticas que implicaban servicios "universales", las políticas sociales se orientaron cada vez más a "compensar" la situación de numerosos grupos afectados por el aumento de la pobreza y de la desocupación, por lo que se implementaron diversas formas de contención de la pobreza mediante "planes sociales", especialmente los alimentarios.

En dicha década empezaron a surgir los programas sociales en México, ya no para entregar bienes o alimentos, sino como subsidios económicos para tratar de resolver las necesidades de la población. Al existir recursos limitados por parte de los gobiernos y un gran número de personas en pobreza, surgió la necesidad de que estos recursos fueran utilizados de la mejor manera y que los programas sociales llegaran a su población objetivo; éste es el principio de la evaluación de programas sociales.

Según Svampa (2005), en América Latina se inició con la transnacionalización de la economía y, por consiguiente, la reforma del Estado. Los países empezaban a subordinarse al capital financiero representado por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta dependencia en fondos internacionales también ha hecho de la evaluación una actividad indispensable para los países, ya que en la medida que se tenga transparencia en los programas sociales, mayores serán los fondos internacionales asignados a las causas sociales. Por consiguiente, existe una exigencia por parte de la sociedad de que el gobierno otorgue los mejores servicios con ca-

lidad, eficiencia y eficacia, así como con un adecuado uso de sus recursos. De esta manera se crea un concepto en el cual la población conoce los programas sociales y puede plasmar su opinión de ellos a través de las urnas.

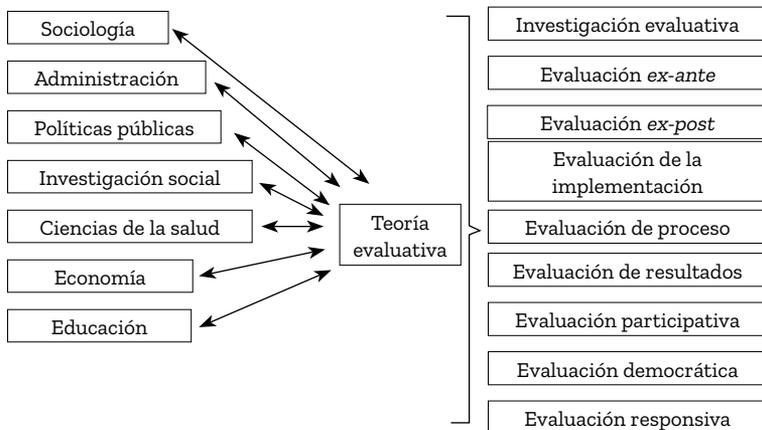
La evaluación es un instrumento útil para que el gobierno diseñe políticas, particularmente las orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y también como una forma de calificar su gestión.

Pedir cuentas a los gobernantes requiere conocimiento e información y para esta rendición de cuentas se necesitan procesos evaluativos que informen a los ciudadanos lo que el gobierno hace y los resultados obtenidos. El grado de intervención del Estado en la sociedad difiere en los liberales y asume posiciones intermedias entre la absoluta no-intervención y la intervención enérgica del Estado. En el caso de la evaluación, la posición tradicional asume que existe la necesidad de una intervención estatal para mejorar las condiciones de la sociedad, lo cual tiene una explicación lógica en cuanto a la génesis de la evaluación dentro del Estado de bienestar (Solarte, 2002).

La evaluación de programas arroja información si un programa determinado cumple con sus metas, llega a su población objetivo y se puede determinar si los recursos se están aplicando con transparencia y oportunidad. Aunque puede darse en cualquier ámbito, es en el gobierno donde tiene un uso más relevante.

Robson (1993) señala que la evaluación es un tipo de investigación aplicada que intenta determinar el valor de un esfuerzo, de una innovación, una intervención, algún servicio o enfoque determinado. La teoría evaluativa se ha generado y nutrido con diferentes disciplinas y ciencias, a continuación, se presentan cuáles han sido las principales (ver figura 1).

FIGURA 1. CIENCIAS Y DISCIPLINAS RELACIONADAS CON LA TEORÍA EVALUATIVA Y SU RELACIÓN CON LOS DIFERENTES TIPOS DE EVALUACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

Bañón (2003) argumenta que la evaluación no sólo contribuye a construir la democracia al ejercer funciones de control y legitimación de las políticas públicas, sino que también construye democracia en la medida que los propios procesos evaluativos permiten profundizar en los valores democráticos, los cuales son los principios que permiten a los países ejercer la democracia, que en sentido coloquial es el gobierno del pueblo, por eso las evaluaciones de los programas sociales son una medida para determinar un control en el uso y manejo de los recursos públicos.

Otra de las finalidades de los procesos evaluativos dentro de las organizaciones, es el control de las políticas públicas. Según De Miguel (2000), la evaluación de la actividad pública constituye una de las grandes conquistas de los países democráticos, ya que permite valorar los resultados de las acciones desarrolladas, estimar los efectos de las políticas públicas sobre la ciudadanía y como consecuencia, legitimar el papel de las organizaciones.

Cada evaluación responde a un programa y éste a su vez tiene sus propias deficiencias, por lo cual, para realizar una evaluación no existe un método como una fórmula que aplique en todos los casos, por ello se vuelve necesaria una evaluación individual adecuada a las necesidades del contexto.

Tipos de evaluación

Dentro de la teoría de la evaluación, cada autor realiza diferentes clasificaciones de los tipos existentes. Enseguida se describe esta clasificación para después elegir una de ellas como marco para el presente trabajo.

Evaluación de impacto

Matos (2005) indica que cuando se promueve la participación activa de los beneficiarios en el proceso de evaluación de los programas sociales, todos se ven favorecidos. Al analizar el impacto, ambas partes resultan beneficiadas, tanto el Estado que recibe información importante para modificar o realizar cambios necesarios al programa, como la sociedad que es impactada con los programas. Este autor señala que evaluar los programas sociales es necesario debido a que se manejan recursos públicos y se debe garantizar el máximo provecho para la población.

La evaluación de un programa social del gobierno es diferente a la de cualquier programa privado, por los recursos públicos que se manejan, ya que no se requiere de gran habilidad en su consecución como en otras organizaciones. La finalidad de evaluar un programa social sería valorar de forma continua los diferentes componentes del mismo. La información que se derive de esto ayudaría a la toma de decisiones que pueda garantizar la eficiencia y eficacia de los programas sociales y, por ende, mejorar las condiciones de vida de la población beneficiaria.

Otro trabajo acerca de la evaluación del impacto en los programas sociales es el de Scoppetta (2006), en el cual estudia específicamente países de América Latina. Una característica importante de la evaluación del impacto para este autor, es que se trata de una ciencia interdisciplinaria que analiza los resultados de un determinado programa social. Para valorar su impacto, existen varias estrategias que van desde la evaluación basada en investigación, hasta aquella centrada en indicadores. En la primera se utilizan modelos experimentales, pero supone el problema de contar con grupos aleatorios, lo cual resulta en algunos casos difícil de aplicar, pues los programas se han venido desarrollando desde hace mucho tiempo. En cuanto a la evaluación con indicadores, tiene la facilidad de que pueden ser medidos matemáticamente siempre y cuando estos sean definidos por el programa a evaluarse.

Evaluación *ex ante*

Cohen y Franco (1991) indican que la finalidad de esta evaluación es proporcionar información y establecer criterios racionales para decidir sobre la conveniencia técnica de implementar un proyecto. Se evalúa la posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos en un programa con los recursos existentes, estimando y comparando los costos presentes y futuros con las distintas alternativas al alcance. Este tipo de evaluación generalmente utiliza dos modelos de análisis: el de análisis costo-beneficio es adecuado para estudiar los proyectos económicos; y, el de costo-efectividad, que presenta mayores potencialidades para la evaluación de proyectos sociales.

Evaluación *ex post* o terminal

Es la que más se ha desarrollado y aplicado en el contexto de la evaluación de programas y proyectos sociales. Busca

establecer el logro de los objetivos que planteó el proyecto en su formulación original una vez finalizada la ejecución de éste. Según Briones (1991), esta evaluación se realiza después de que un programa termina, con la finalidad de establecer si se obtuvieron o no los resultados esperados y los factores que actuaron en una u otra dirección. A la vez, permite formular conclusiones y recomendaciones para nuevos proyectos.

Evaluación intermedia o de procesos

Aunque siempre se ha considerado una parte fundamental de la evaluación, la importancia del análisis de procesos ha cobrado un enorme auge debido a la complejidad que hoy tienen los programas sociales. Para Tejedor (2000), las diferencias de los proyectos adscritos a un mismo programa requieren también la valoración de sus actividades con referencia al contexto en el que se desarrollan.

La evaluación de procesos consiste en verificar las acciones previstas por el programa y los tiempos de paso o "dosis" de actividad realizados, y se organiza a partir de la documentación generada por esas actividades durante el desarrollo de una intervención. Uno de sus beneficios se observa cuando se necesita justificar la ausencia de efectos de un programa, ya que el análisis de sus componentes permite, en muchos casos, determinar si la razón de la escasez de efectos se debe a la teoría del programa, a una aplicación no adecuada, a incorrecciones en el diseño de investigación o a la combinación de todas.

Evaluación de resultados

Hasta hace poco tiempo era el único tipo de evaluación que se llevaba a cabo tras finalizar las actividades implicadas en ejecutar el programa. Tejedor (2000) dice que, en términos generales, en este tipo de evaluación se trata de analizar el grado en que el programa consigue los resultados previstos

(también pueden evaluarse, siempre que se hayan identificado previamente o, resultados no previstos inicialmente). Se intenta determinar hasta qué punto pueden vincularse los logros obtenidos con los efectos del programa, lo que tiene especial interés en los diseños de intervención dada la dificultad para establecer nexos de causalidad y covariación entre las variables consideradas en el programa.

Matos (2005) refiere que la evaluación de resultados tiene el propósito de analizar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos del programa, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia; y la finalidad de la evaluación de impacto es identificar y explicar los efectos y modificaciones ocurridos en la situación inicial que origina el programa, a través de la valoración de los indicadores del problema.

Evaluación de la ejecución

Matos (2005b) señala que la evaluación de la ejecución de un programa social se puede definir como la forma en que se indaga y valora la implementación de un programa en cada uno de sus elementos metodológicos: componentes, resultados, actividades, tareas, recursos, presupuesto, etcétera. Dicho en otras palabras, sería el análisis del desarrollo del proceso, el cumplimiento de las actividades y el logro de los resultados durante el desarrollo del programa. Ahora bien, como ya se había señalado, la evaluación de ejecución puede ser global o de alguno de sus aspectos puntuales, cuando existe la necesidad de profundizar el conocimiento de cómo alguno de ellos está afectando la marcha del programa o no se están logrando los resultados esperados, como puede ser que no esté llegando a su población objetivo.

Evaluación participativa

Para Mark (2003), con la etiqueta de "evaluación participativa" a lo largo del tiempo se han ido desarrollando enfoques

teóricos diferentes que ponen énfasis en cuestiones distintas, según la finalidad primordial que se pretende conseguir, tales como emancipación, cambio social, formación y otros, dando lugar así a distintos modelos de evaluación (*empowerment evaluation, cluster evaluation, collaborative evaluation, multicriteria evaluation, democratic evaluation, etcétera*).

Evaluación democrática

De Miguel (2009) señala que la práctica nos viene a demostrar que la evaluación democrática no deja de ser un “desideratum”, ya que en la realidad la presencia y participación de la ciudadanía en los procesos de evaluación de las políticas públicas, es más bien escasa. La falta de vertebración del tejido social determina que no siempre se pueda contar con personas, grupos y asociaciones sociales representativas de los intereses colectivos, dispuestos a participar en procesos de negociación y evaluación democrática.

A medida que exista una mayor presión para que los gobiernos garanticen los derechos fundamentales y un nivel de calidad social a todos los ciudadanos, resulta necesario legislar no sólo desde la filosofía política del gobernante sino desde la propia realidad social, para lo cual las evaluaciones diagnósticas son imprescindibles. (Beck *et al.*, 2001).

Evaluación responsiva-constructivista

La evaluación responsiva-constructivista es aquella en la que no solamente se mide, se describe, se juzga, sino que se negocia y se busca el consenso, además de que no es sólo el evaluador el que desempeña esos roles, sino que son todos los interesados que siguen su guía y conducción. Esto la hace diferente a otros enfoques en forma importante.

A este modelo o enfoque de evaluación propuesto por Egon Guba e Yvonna Lincoln, se le denomina de “cuarta generación”. Se caracteriza por incorporar, como elementos

esenciales, la negociación y la búsqueda de consenso entre todos los involucrados. El consenso es el resultado de negociaciones. Es responsiva porque retoma la propuesta de Stake y focaliza la evaluación en tres elementos organizadores del proceso: las reivindicaciones (los aspectos positivos o favorables al objeto evaluado), las preocupaciones (los aspectos desfavorables) y los problemas (aspectos donde no hay acuerdo en la evaluación). Es constructivista porque son los individuos o grupos quienes construyen sus propias ideas sobre el funcionamiento de un programa o proyecto (Guba y Lincoln, 1989).

Investigación evaluativa

La investigación evaluativa de programas es el esfuerzo por analizar sistemáticamente la información sobre las actividades, características y resultados de los programas sociales. Se evalúan programas sociales para poder tener información más precisa del impacto que el programa tiene en sus beneficiarios; para conocer hasta dónde cumple sus metas; examinar la relación de sus recursos y sus resultados; y, poder diferenciar los efectos que son propiamente del programa, de otros factores y causas que también podrían afectar sus resultados.

Investigación evaluativa es la acumulación de información sobre una intervención, sobre su funcionamiento y sobre sus efectos y consecuencias. Ruthman (1977) dice que es ante todo el proceso de aplicar procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable sobre la manera y grado en que un conjunto de actividades específicas produce resultados o efectos concretos. En este caso, el conjunto de actividades específicas es el programa social y los procedimientos científicos son la medición y el diseño de la evaluación.

Para Rossi y Freeman (1982), la investigación evaluativa es la aplicación sistemática de los procedimientos de investiga-

ción social en la conceptualización y diseño, implementación y empleo de los programas sociales. Los autores señalan que la mayor diferencia que se presenta entre los campos, tiene como fin fundamental obtener información para la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de un determinado programa.

El propósito principal de la investigación evaluativa es brindar información válida de cómo está operando el programa para los usuarios de distintos niveles, ya se trate de los administradores y directores del programa o de sus beneficiarios. Hoole (1978) la define como la aplicación del método científico a los programas públicos para valorar el resultado de sus actividades, así como disponer de información confiable de los resultados producidos por un evento específico.

Rossi y Freeman (1982) indican que, si bien la investigación tiene como fin general el conocimiento de la verdad, la investigación evaluativa de programas se orienta más hacia la acción para la toma de decisiones. Una característica básica de la investigación evaluativa es que se lleva a cabo en un proceso de intervención en la misma acción, que es lo realmente importante. La investigación, según Weiss (1982), es una prioridad secundaria, lo que debe llevarnos a pensar que la evaluación y la investigación tienen que adaptarse al contexto del programa y perturbar lo menos posible su desarrollo.

Para Picado (2002), la investigación evaluativa es "el proceso de aplicación de procedimientos científicos para obtener información confiable y válida sobre los efectos y resultados producidos por actividades específicas"; puede verse también como la aplicación del método científico a los programas públicos para valorar el resultado de sus actividades. Se evalúan programas sociales para conocer hasta dónde cumplen sus metas los programas y examinar la relación de sus recursos y sus resultados.

El proceso de evaluación de programas debe concebirse como una auténtica estrategia investigativa sobre los procesos educativos, en cuyos resultados deberían basarse las pautas sugeridas para orientar los procesos de intervención.

Tejedor (2000) indica que la investigación y la intervención se apoyan mutuamente. La intervención sacará partido de la investigación en la medida en que ésta se extienda a solucionar problemas prácticos. La investigación activa se asimila, enriqueciéndola, a la noción de investigación aplicada. La investigación evaluativa nace como una forma de responder a necesidades sociales y se elabora en función de las mismas; se realiza con objeto de llegar a la solución de los problemas que exige una acción informada científicamente. Habrá de tener necesariamente un carácter interdisciplinar y viene determinada por los objetivos, los resultados y las motivaciones.

Tejedor (2000) señala que el diseño de evaluación de programas es tanto un proceso como un conjunto de escritos o planes que incluyen unos elementos que presentan los propios contenidos y que generan numerosas preguntas. No hay un único camino para realizar la evaluación de un programa, por lo que necesariamente habrá que prestar atención a numerosos elementos a la hora de concretar un diseño o plan de análisis. Además, indica que la práctica evaluativa ha ido poniendo de manifiesto que la evaluación de la consecución de los objetivos, planteada en estos términos, resultaba muy difícil de realizar ya que las cosas no suelen desarrollarse en los términos inicialmente previstos, lo que llevó a los evaluadores a flexibilizar sus planteamientos evaluativos iniciales, abriéndose a nuevas perspectivas valorativas, no sólo de los resultados sino también del propio proceso seguido (evaluación del proceso) intentando relacionar la valoración de resultados con las condiciones y circunstancias en las que se desarrolló el programa, lo que nos conduce a criterios de eficiencia y no sólo de eficacia.

El propósito de evaluar programas sociales es el mejorarlos para el bienestar de sus beneficiarios. Además es relevante porque genera información valiosa para la toma de decisiones. En algunos casos las evaluaciones pueden fallar porque se vuelven subjetivas, al ser pagadas por los mismos administradores de los programas, tienen ellos mayor voz que los propios beneficiarios. Por ello es importante que tenga una alineación con otros mecanismos de rendición de cuentas como las auditorías y la transparencia, que dan acceso a la información pública.

La evaluación de programas sociales se realiza con el fin de tener información sobre el impacto que los programas tienen en sus beneficiarios, para conocer hasta dónde cumplen sus metas y examinar la relación de sus recursos y sus resultados. Para recabar esta información surge la investigación evaluativa. Rossi y Freeman (1982) señalan que la mayor diferencia que se presenta entre investigación e investigación evaluativa, es que la primera tiene como razón de ser la contribución al conocimiento y a la formación de teorías, mientras que la segunda, además de ello, tiene como fin obtener información para la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de un determinado programa.

Para Weiss (2004), evaluar no sólo es una actividad de investigación, también representa una actividad política. Es política en tres sentidos: primero, porque los programas están inmersos dentro de procesos políticos; segundo, porque las evaluaciones pueden tener consecuencias para el futuro de los programas influenciando a los administradores para mejorarlos; y, tercero, porque le brinda un aura de legitimidad a los programas. Al generar conocimiento a través de la investigación social enfocada en los programas sociales es como se pueden diseñar programas sociales exitosos que mejoren las condiciones de vida de los ciudadanos y reflejen transparencia en la actuación del gobierno.

Stake (2005) refiere que la evaluación surge ante el interés de saber cuál es la lógica de intervención de los programas y se sustenta desde la perspectiva del “estudio de caso”. Los estudios de casos se enfocan en la particularidad, no la generalización, y de la complejidad de un caso singular para comprender su actividad en determinadas circunstancias.

Después de realizar la revisión de literatura se eligió desarrollar este trabajo a la luz de la teoría del Estado de bienestar como macroteoría, en el marco de la teoría evaluativa utilizando la investigación evaluativa, ya que tal como dice Weiss (1982), la investigación evaluativa se lleva a cabo mediante un proceso de intervención y, según Ruthman (1977), es un acumulado de información sobre una intervención, su funcionamiento, sus efectos y consecuencias, lo cual se cumple en el presente trabajo.

El origen de los programas sociales tiene relación directa con la necesidad de resolver problemas como el desempleo, la carencia de servicios básicos, las enfermedades y el analfabetismo. Después de la Segunda Guerra Mundial es cuando el Estado empieza a intervenir en el plano social dando origen al Estado de bienestar, de donde surgen los programas sociales. El Estado de bienestar les asegura a los ciudadanos una vida digna, en la vejez esto es más difícil de lograr ya que a medida que las personas envejecen su capacidad de generar ingresos disminuye y las enfermedades se acrecientan. La evaluación de programas tiene mayor relevancia en el gobierno. En el siguiente capítulo se abordarán los enfoques teóricos de la investigación evaluativa y la transparencia en los programas sociales.

TEORÍAS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA Y TRANSPARENCIA DE PROGRAMAS SOCIALES

En el presente capítulo se plasma una revisión de literatura para conocer los enfoques teóricos de la investigación evaluativa y la función de la transparencia en los programas sociales.

Teóricos de la investigación evaluativa

Los teóricos de la administración, Frederick Taylor y Henry Fayol, son los primeros en fundamentar las bases de la evaluación de programas. Barrera y San Clemente (2008) mencionan que a finales del siglo XIX y comienzos del XX es cuando nace formalmente la Administración Científica, específicamente con la obra de Taylor en 1911, y luego, frente al trabajo directivo en 1916 con Fayol.

Taylor introduce su teoría sobre la administración científica del trabajo y Fayol los principios de planeación, organización, dirección y control. Taylor despertó el interés por las personas en el trabajo, con frecuencia se le llama el "padre de la administración científica" y los cambios generados por él prepararon el camino para el desarrollo posterior del comportamiento organizacional. Este trabajo lo llevó a mejorar el reconocimiento y la productividad de los trabajadores industriales.

Elton Mayo (1924), con su teoría de las relaciones humanas, empieza a inferir lo que el recurso humano tiene que ver para el éxito o fracaso de una organización. En el caso de la implementación de los programas sociales, el recurso humano que los administra es clave en determinar quiénes son los beneficiarios finales de los programas, por lo que su capacitación resulta muy relevante. Para Valencia (2005), el enfoque del "recurso humano" fortaleció el movimiento paternalista de la asistencia social, como respuesta al interés de obtener el máximo provecho de los factores de producción, incluyendo al hombre. Cuando se comprueba que no es suficiente la táctica represiva ni la del paternalismo sentimental para lograr el máximo potencial de los trabajadores, se pasa a una nueva etapa de evolución del ser humano.

Por otra parte, Martínez (1998) expone que la evaluación como disciplina académica interesada en temas relativos a programas, personas, productos, etcétera, no comenzó a ser considerada como tal hasta el último tercio del siglo XX. La discusión metodológica en los últimos años, desde diversos campos, ha sido fructífera para abrir a la evaluación su propio campo, pero hace muy pocos años que la literatura evaluativa menciona la importancia de la teoría de la evaluación de programas y su incorporación en los procesos de evaluación. La tendencia ha consistido en que las evaluaciones estén orientadas por los métodos y aunque esto ha supuesto importantes contribuciones para el desarrollo de la evaluación de programas, ha ocasionado que se descuide el marco conceptual que guía la práctica evaluativa.

La investigación evaluativa se acrecentó durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, principalmente por el desarrollo de métodos de investigación y estadística aplicables al estudio de los problemas sociales, procesos sociales y relaciones interpersonales. También surgió la necesidad de producir métodos cada vez más sofisticados para evaluar

programas sociales y con la computación se crearon metodologías de investigación para evaluar su eficacia y eficiencia, especialmente para la recolección sistemática de datos a través de procedimientos de encuesta y manejo analítico de grandes cantidades de variables mediante estadísticas multivariadas (Rossi y Freeman, 1985).

No obstante, hasta los años sesenta inicia la era de nuevos teóricos que comienzan a analizar como tal la evaluación de programas. Uno de los primeros fue Suchman (1967), quien hizo evidente que para realizar la evaluación se empleaban métodos y técnicas de investigación científica, sin embargo aún no era considerada como una disciplina de conocimiento, sino como una modalidad de investigación aplicada dentro de la educación y de las ciencias sociales. El empleo de los métodos científicos más prestigiosos, en su momento, era crucial para poder reclamar el estatus científico de esta nueva disciplina.

Otro de los teóricos representativos es Scriven (1991), quien señala que la evaluación es una nueva disciplina, pero una antigua práctica. Su defensa como disciplina descansa en sus características científicas, en contraste con las evaluaciones subjetivas o no sistemáticas. En la actualidad es considerada como ciencia por estar comprometida con la producción de conocimiento, y no sólo conocimiento práctico; pero también es esencial para distinguir la ciencia de la pseudociencia al evaluar la calidad tanto de la evidencia científica, como de los diseños de investigación, de los instrumentos de medida, de sus conclusiones, así como de los procedimientos en ingeniería, en las matemáticas, en los procesos judiciales. En el sentido de proceso intelectual, la evaluación forma parte de todas las disciplinas, tecnologías, manualidades y de pensamiento racional en general.

Scriven (1991) describe la evaluación como la ciencia de la valoración, dice que determina el mérito o el valor. El juicio

sobre el objeto evaluado es una de las funciones inexcusables a realizar por el evaluador. Este autor defiende la objetividad de los criterios de valoración para realizar las evaluaciones y considera que la evaluación no es sólo el acumulado y síntesis de datos relevantes para tomar decisiones, sino que es un proceso y un resultado. Otro componente es el de los criterios evaluativos que verifican los valores relevantes y las normas elegidas para realizar la evaluación. Mientras que los límites de la evaluación como disciplina son definidos por la mayoría de sus teóricos en términos que la consideran un área de evaluación aplicada, como es la evaluación de programas.

Martínez (1998) concibe la evaluación como una forma para determinar el grado en que los objetivos de un programa son realmente conseguidos, establece las metas generales y los objetivos conductuales y compara los resultados con las metas, utilizando la metodología de los diseños experimentales y cuasi experimentales; pruebas estandarizadas de medida y el informe clásico de investigación sobre la conveniencia de mantener o modificar los programas.

Asimismo, Martínez (1998) señala que otro importante teórico es Stufflebeam, quien considera la evaluación como el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas; la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados. Utiliza una metodología diversa en función de cada tipo de evaluación, se analiza el contexto del programa, las entradas, el proceso o el producto y sus informes son frecuentes para proporcionar una guía en la toma de decisiones de mejora del programa que se está evaluando, y la generalización posible sería la que permita el muestreo y las metodologías utilizadas.

Lee Cronbach es un autor reconocido como clásico en el campo de la evaluación y la medición. Su aporte, de un enorme valor científico, no puede separarse de su legado a las ciencias sociales y a la educación en lo que concierne a la epistemología y a la medición de aptitudes, por citar algunas de sus contribuciones. El Alfa Cronbach es un instrumento que todavía hoy se utiliza para identificar la consistencia interna, la capacidad de generalización y estimación de la confiabilidad. Para Cronbach, la evaluación de programas es un proceso por medio del cual la sociedad aprende de sí misma. La misión propia de la evaluación es facilitar un proceso democrático y pluralista iluminando con su información a los participantes. Cronbach ve la evaluación integrada en la investigación política y defiende el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas, por lo que invita a los evaluadores a ser eclécticos al elegir los métodos. (Picado, 2002).

Carol Weiss, considerada una autora clásica, define la evaluación como una actividad política dentro de un contexto político. Más adelante, Cronbach calificó el aporte de Weiss como iluminador reconociendo su influencia en su propia visión de la evaluación. Para mejorar la teoría de la evaluación de programas, Weiss (1972) sugería que el empleo de los resultados de una evaluación podría reforzarse si se incluyeran estos elementos básicos:

- a) Un análisis de las premisas teóricas del programa.
- b) Una especificación de los procesos del programa para informar acerca de los vínculos entre los objetivos y las metas del programa.
- c) Un análisis de las realizaciones del programa y de sus resultados.
- d) Un informe detallado de cuáles son las alternativas más efectivas que pueden ayudar a mejorar el programa y la manera de realizarlas.

De acuerdo con Martínez (1998), la evaluación de programas es algo más que una metodología aplicada; es diversa en muchos modos y su potencialidad para la unidad intelectual, que es lo que Scriven (1991) llama “la lógica de la evaluación”, la cual podría crear puentes entre la diversidad de evaluadores con el fin de desarrollar la teoría de la evaluación de programas. Por años ha existido un largo debate sobre si la metodología cuantitativa o la cualitativa son las adecuadas. Hay varios modelos de evaluación de programas que prefieren la variedad metodológica; por ejemplo, Cronbach, Stufflebeam, Rossi y Freeman, mencionados anteriormente, muestran la conveniencia de esta complementariedad metodológica dentro de sus propios modelos.

Según Montero (2004), para asegurar la validez de sus interpretaciones la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica. De esta forma los evaluadores utilizan teorías, métodos y técnicas de la ciencia, especialmente de las ciencias sociales.

Según Rossi *et al.* (1999), la evaluación de programas permite contestar las siguientes preguntas:

1. Sobre la necesidad por los servicios: ¿Hay necesidad de este programa? ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa?
2. Sobre la conceptualización del programa y su diseño: ¿Está el programa apropiadamente diseñado?
3. Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: ¿Se está implementando el programa adecuadamente?
4. Sobre los resultados e impactos: ¿Realmente tiene el programa los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?
5. Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo-efectivo? ¿Es sostenible?

Montero (2004) sostiene que no necesariamente todas las evaluaciones tienen que contestar estas interrogantes, sino que se pueden responder sólo algunas, esto dependiendo del grado de desarrollo de los programas y los objetivos de la evaluación.

Matos (2005) y De Miguel (2000) abordan el tema desde un punto de vista teórico y metodológico. De Miguel señala que debido a la poca información que existe sobre evaluación de programas, es necesario revisar los supuestos teóricos de esta disciplina con el fin de contribuir a consolidar su estatus epistemológico y ayudar a los evaluadores a que puedan explicitar los criterios que implícitamente utilizan para seleccionar, organizar y llevar a cabo sus métodos de trabajo.

A su vez, Matos (2005) enfatiza que la evaluación del impacto de los programas sociales determina si el programa produce el cambio deseado ante la problemática para la que fue diseñado. Los cambios se establecen cuando se cumplen con los objetivos operacionales. La importancia de la evaluación del impacto del programa consiste principalmente en determinar que dichos cambios han sido causados precisamente debido a la intervención del programa y no a otro hecho fortuito o combinación de hechos. La evaluación de un programa no se limita a una mera recolección, análisis e interpretación de los datos para obtener evidencias, sino una vez que se dispone de la información necesaria, comienza la siguiente fase del proceso que consiste en formular los juicios de valor.

De Miguel (2000) coincide con Matos en que la tarea del evaluador no puede limitarse a una simple elección de metodologías y métodos para obtener evidencias. Para ellos es necesaria una teoría que justifique y explique los procedimientos y las prácticas que en cada caso se llevan a cabo. Por lo tanto, la evaluación de programas es algo más que una metodología aplicada y, al igual que sucede en todas las dis-

ciplinas, requiere sus propias bases teóricas que justifiquen y den sentido a lo que hace un evaluador, cómo lo hace y, sobre todo, para qué.

Parada (2007) expone que, aunque estamos tratando con evaluación de programas y no con los problemas de la ciencia en general, a un nivel micro, los programas son el resultado de teorías y de los hacedores de política. Los políticos son los que definen el rumbo de los programas sociales. Se puede pensar que el correcto punto de partida debería ser, al menos, la ontología desde la cual el programa ha sido concebido en un principio. Asimismo, señala que los cambios en los hacedores de política son más el resultado de un proceso de transformación social, generado por la acción de actores individuales y colectivos, que operan en la esfera de una lucha social, política y económica. Por estas razones, para poder realizar una buena evaluación de los programas sociales se debe tener en cuenta que la sociedad está determinada por algo no lineal sino estructurado y estratificado, es decir, es necesario conocer la realidad y apoyarse en teorías crítico-realistas.

Pawson y Tilley (1997), en su obra *Realistic Evaluation*, se enfocan en la evaluación de problemas sociales a un nivel macro y micro. Observan que las evaluaciones macro, aunque son muy importantes, tienen el problema de no revelar los complicados factores que en la realidad impiden el éxito de muchos programas muy concretos. Algunas veces, estas evaluaciones se hacen en forma tal que apenas se logran captar algunos puntos de vista muy primarios acerca de las realizaciones de estos programas. El enfoque pragmático subraya la dimensión política y la necesidad de la evaluación de acuerdo con los objetivos de los tomadores de decisiones, donde el énfasis es orientado hacia la factibilidad política, ya que sin los actores políticos es difícil cambiar el curso de los programas sociales.

Según Martínez (2008), otra de las razones del movimiento para el desarrollo de la teoría de la evaluación de programas se relaciona con la necesidad de comprender cómo se realizan. Los estudios que se centran en hacer programas y en la intervención de los mismos proporcionan evidencias de que la realización es algo muy complicado dentro del ámbito humano. Las dificultades que se han revelado en la puesta en marcha y desarrollo de los programas han señalado la necesidad de que los patrocinadores, los promotores de un programa, presten atención a estos aspectos para mejorar la implementación del mismo. Por esta razón es importante que al crear un nuevo programa social se desarrolle un marco teórico que pueda servir de base para evaluar el programa, de esta manera se trataría de evitar que quienes realizan dichas evaluaciones tiendan a proceder más según sus puntos de vista y su preparación metodológica que en función de las necesidades del programa.

La mayoría de los programas sociales se crean con fondos de organismos públicos. De Miguel (2000) menciona que ello significa que tanto su concepción como el diseño y la aplicación normalmente responden a determinados supuestos ideológicos e intereses de la política que los sustenta. Los programas constituyen formalmente la concreción de unas decisiones políticas respecto a unas prioridades en materia de actuación social, lo que indudablemente supone apostar por un tipo de valores. Esta apuesta no sólo se traduce en promover un determinado tipo de programas sino también en todas las decisiones que implica la selección y priorización de estas estrategias, especialmente las relativas a la redistribución y asignación de los recursos.

Si no se evalúan los programas es imposible saber si están provocando cambios en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de sus usuarios y si los recursos están siendo aprovechados de manera adecuada. Montero (2004) indica

que la evaluación es una herramienta poderosa, pues informa la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas y permite hacer las intervenciones más eficientes y efectivas. La evaluación, a diferencia de una auditoría, se basa en recolectar información útil para tomar decisiones, pero no bajo la óptica de revisar, confrontar o identificar responsables.

Bustelo (2003) menciona que la evaluación debe comprenderse más desde supuestos políticos que desde posiciones técnicas estrictamente metodológicas. En este tenor, para Ryan y De Stefano (2000), la evaluación constituye un espacio de ejercicio de los valores democráticos necesarios para la convivencia de los hombres y los pueblos. Asimismo, para Bartolomé y Cabrera (1997), la evaluación de las prácticas sociales constituye una estrategia metodológica fundamental para estimar el nivel de "calidad social" que existe en una comunidad en la que conviven ciudadanos con identidades culturales diferentes.

La transparencia en los programas sociales

La transparencia de los gobiernos es un término relativamente nuevo; se refiere a mostrar la información de tal manera que los ciudadanos tengan acceso a ella, para que cualquier persona pueda enterarse, revisarla y, en su caso, usarla. También puede lograr un gran cambio en la administración pública porque el conocimiento de la información genera un ambiente de confianza entre la ciudadanía y el gobierno.

La transparencia es uno de los valores más preciados de la humanidad, Cunill (2006) señala que muchos factores están convergiendo para que esto ocurra. Uno de ellos es el debilitamiento de los autoritarismos que se ha producido en el mundo occidental, los que están reñidos con la libre movilidad de la información. La revalorización de la democracia y de la li-

bertad ha traído consigo la rebeldía con el hecho de que sean otros los que decidan cuáles son las cosas que debe conocer la ciudadanía. América Latina no es ajena a este movimiento, gran parte de las leyes de acceso a la información pública han sido promovidas por organizaciones de la sociedad civil, en particular por medios de comunicación que reivindican la circulación de la información como vehículo de la libertad.

Una Ley de Acceso a la Información (LAI) es aquella que otorga a los ciudadanos el derecho a conseguir datos bajo el resguardo del gobierno, sin la necesidad de demostrar interés legal. Bajo una LAI, los documentos gubernamentales se asumen como públicos, a menos que la misma ley especifique lo contrario, y los individuos pueden obtenerlos sin explicar por qué o para cuáles fines los necesitan. En resumen, las LAI implican el cambio del principio de provisión de la información gubernamental desde la base de una "necesidad de conocer", al principio de un "derecho de conocer". (Ackermann, J. y Sandoval I. E., 2005 p. 20).

Berthin (2008) señala que la falta de transparencia y rendición de cuentas es un problema serio no sólo para la gobernabilidad democrática, sino también para el ciclo de políticas públicas. La carencia de estos dos ingredientes puede generar un foco potencial de abuso de poder, promover la discrecionalidad, ofrecer oportunidades para prácticas corruptas y distorsionar el ciclo y la efectividad de las políticas públicas. En este sentido, la corrupción se considera actualmente un problema de gobernabilidad, y no necesariamente un producto cultural, como se sugería usualmente hasta hace poco. Además, puntualiza que el conocimiento de la información a través de la transparencia facilita la comunicación entre el gobierno y los ciudadanos, de tal manera que al hacerla una política pública, ambas partes salen beneficiadas. Si bien es cierto que la lógica nos indica que la transparencia y rendición de cuentas es un derecho ciudadano, el escrutinio de la

sociedad en los asuntos del gobierno es un tema nuevo que ha surgido con la ayuda de las tecnologías de la información y comunicación.

Según Sandoval (2008), la consolidación de la transparencia depende del proceso de consolidación de una nueva cultura en la administración pública y los ámbitos políticos. La autora señala que pareciera ser una verdad de Perogrullo sostener que la transparencia constituye uno de los ingredientes indispensables para el combate de la corrupción. En teoría, en un ambiente completamente transparente y de predominio de información perfecta, no existirían incentivos para abusar de las reglas existentes con objeto de derivar beneficios políticos, patrimoniales o personales. En teoría, el acceso a la información pública facilitaría la construcción de un Estado honesto, eficaz y eficiente. En la práctica, sin embargo, la transparencia y la solución de los problemas asociados a la corrupción estructural no siempre se conectan de forma automática.

Actualmente 112 países cuentan con una ley de transparencia (Loesche y Richter, 2017). México la tiene desde 2002, cuando se creó la *Ley federal de transparencia y acceso a la información pública*, además del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.

En 1993 se crea Transparencia Internacional como un organismo no gubernamental dedicado a combatir la corrupción, que elabora uno de los métodos más conocidos para medirla, como es el índice de percepción de la corrupción (IPC).

Para Fox y Haight (2010), la experiencia reciente de México en materia de evaluación de programas sociales ha sido objeto de reconocimiento internacional gracias a destacadas valoraciones acerca del impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, rebautizado como Oportunidades). Después, empezaron a requerir que todos los progra-

mas federales sujetos a reglas de operación fuesen evaluados por instituciones externas. Esta disposición quedó consignada por escrito en la *Ley de presupuesto, contabilidad y gasto público federal* de 2001 y se volvió efectiva a partir de 2002. Además, la *Ley de desarrollo social* (2004) dispuso la creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), dentro de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el cual estaría encargado de supervisar los procesos de evaluación de la política social en México.

Aun así, los programas sociales de las entidades federativas no son evaluados por el Coneval ni por ningún otro organismo, pero, están obligadas en caso de requerirse a proporcionar información. La *Ley de transparencia y acceso a la información pública del estado de Chihuahua*, publicada en el *Periódico Oficial del Estado* en el 2013, en su capítulo único de las Disposiciones generales, en el Artículo 2 señala los objetivos de la ley“:

- I. Transparentar el ejercicio de la función pública.
- II. Establecer como obligatorio el principio de transparencia en la gestión pública gubernamental.
- III. Establecer disposiciones que garanticen el ejercicio del derecho de acceso a la información, teniendo en cuenta los principios de máxima apertura y gratuidad.
- IV. Establecer procedimientos para que los particulares tengan acceso a la información pública, privilegiando los principios de sencillez y rapidez.
- V. Garantizar el principio democrático de rendición de cuentas.
- VI. Realizar actividades que redunden en la rendición de cuentas de los Sujetos Obligados.
- VII. Impulsar el nivel de participación de la sociedad en la toma de decisiones públicas, conforme a indicadores democráticos reconocidos.

- VIII. Desagregar, por género, la información pública cuando así corresponda a su naturaleza, conforme al principio de equidad.
- IX. Crear y operar el Sistema de Información Pública.
- X. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y a consolidar la democracia, mediante el ejercicio del derecho de acceso a la información pública.
- XI. Difundir ampliamente la información que generen los sujetos obligados.

La *Ley general de transparencia y acceso a la información pública* obliga a los gobiernos a utilizar los recursos públicos en los fines para los que fueron destinados, por lo tanto, la transparencia aumenta la eficiencia. En el caso de los programas sociales, debe ser más estricto el cuidado de su ejercicio, ya que la política social va dirigida a las clases más desprotegidas. La transparencia puede disminuir la corrupción, por ejemplo, el tener acceso a los nombres de los beneficiarios de los programas sociales ayuda a evitar la duplicidad de los apoyos, así como a descartar que sean manipulados por los funcionarios que los manejan y a la vez también puede proporcionar mayor confianza de los ciudadanos hacia sus gobiernos y la certeza de una correcta aplicación de los recursos.

La evaluación se concibe como la determinación del grado en que los objetivos de un programa se consiguen. Si no se evalúan los programas es imposible saber si están provocando cambios en la vida de los ciudadanos. Los programas sociales deben regirse por principios de transparencia y rendición de cuentas, la transparencia aumenta la eficiencia y el cuidado de ellos es vital ya que van dirigidos a las clases más desprotegidas. En el siguiente capítulo se analizará la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES

En este capítulo se abordará la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores; su importancia, sus componentes y los enfoques teóricos que la sustentan.

Para Velarde-Jurado y Ávila (2002) el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es relativamente nuevo. Está relacionado con la percepción que tienen las personas acerca de su salud y bienestar. Este concepto surge como un renacimiento al término de bienestar que se manejaba anteriormente. Antes de que surgiera éste, la apreciación del paciente con respecto a su salud les parecía a los médicos de menor importancia. Hoy en día se han hecho cambios positivos en la valoración que hacen los médicos de la percepción del paciente, lo que se ha traducido en un mejoramiento de su calidad de vida. Cada autor tiene su concepto de calidad de vida de acuerdo con el ámbito del estudio, médico, social, cultural, económico o político. En este capítulo se abordará su importancia, sus componentes y los enfoques teóricos que la sustentan.

Enfoques teóricos

El vocablo calidad de vida comenzó a utilizarse en Estados Unidos en la época de la posguerra, como una manera de

describir el efecto en el poder adquisitivo de las personas. Después se fueron agregando otros como crecimiento económico y salud, luego se incluyeron bienestar, felicidad, satisfacción con la vida, de tal manera que de una conjunción de variables surge el término calidad de vida relacionada con la salud, CVRS (Salas y Garzón, 2013).

Según González *et al.* (1997), el término de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon B. Johnson en 1964 al declarar los planes de salud. Se popularizó en los años cincuenta por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial y eran relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud hasta la década de los años ochenta.

Vera (2007) define calidad de vida como una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia relaciona a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental, entre otros múltiples factores. Asimismo, señala que Abraham Maslow fue uno de los primeros en aplicar el término calidad de vida a través de su pirámide de jerarquía de necesidades, determinó que las personas auto-realizadas pueden vivir muchas más “experiencias cumbre” (momentos de amor, felicidad y entendimiento) durante el día. Esta pirámide fue el primer acercamiento a entender que el bienestar y la calidad de vida de las personas no sólo dependen de las necesidades fisiológicas, sino de las de seguridad, aceptación social, autoestima y autorrealización.

Para Schwartzmann (2003), la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado

de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Para Rucci *et al.* (2007), calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional construido por la experiencia de cada persona, considerando cada contexto de su cultura y el correspondiente sistema de valores de los que esta persona forma parte. Este término parte desde la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo, libre de juicios y valores externos a él. Según Robinson (2007), la calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función e interacción social y los síntomas físicos, variables íntimamente relacionadas con la salud.

Los Santos (2002) formuló cinco categorías generales para definir con precisión el concepto de calidad de vida en personas mayores:

- Bienestar físico: se refiere a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.
- Relaciones interpersonales: se trata de las relaciones familiares y comunales.
- Desarrollo personal: en términos de oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.
- Actividades recreativas: aquellas que se realizan para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- Actividades espirituales: relacionadas con las creencias religiosas personales.

Para Etcheld *et al.* (2003), la calidad de vida es el resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento de estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos. Asimismo, para Wu (2000) representa aspectos de la salud que pueden ser directamente vividos y reportados por los pacientes.

Schumaker y Naughton (1995) señalan que la CVRS es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar actividades importantes para el individuo. Es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Por su parte, Leplège y Hunt (1998) y Patrick y Erickson (1993) coinciden en que hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar a quienes teniendo grados importantes de limitación física considera que su calidad de vida es buena. Por otra parte, para O'Boyle (1994), este término significa la expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en niveles cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Componentes

Bayarre (2009) señala que el análisis de la calidad de vida no es un tema sencillo, pues ha venido cambiando el concepto de calidad de vida a través de los años, siendo calificada en fun-

ción de diferentes variables, muchas de ellas subjetivas. Propone evaluar la calidad de vida del anciano basándose principalmente en determinar la autonomía, funcionalidad, salud, además del bienestar, de manera subjetiva. Los componentes de la CVRS son las funciones físicas, mentales y sociales, incluyen los elementos que forman parte integral de la persona. La medición de la CVRS se refiere a todos aquellos aspectos que experimenta directamente el paciente.

Botero y Pico (2007) indican que la construcción de una política de desarrollo social para la población adulta mayor debe partir de la investigación; en este sentido se considera pertinente, hoy más que nunca, estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población, con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas, estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida.

Importancia

El proceso del envejecimiento por sí mismo representa un cambio en el estilo de vida de los adultos mayores y por consiguiente afecta su calidad de vida. A este respecto, en México no se tiene la suficiente información. Una de las maneras de evaluar el nivel de satisfacción de algún programa de bienestar social es a través de la valoración de la calidad de vida.

Botero y Pico (2007) indican que el aumento en la esperanza de vida de la población de adultos mayores no se ve reflejado en un incremento en su calidad de vida, sino la mayoría de las veces en lo contrario, los avances médicos están encaminados a vivir más, pero no analizan en qué condiciones está llegando este grupo poblacional a la vejez. Por tal motivo la calidad de

vida debe medirse para evaluar los servicios que prestan los gobiernos y optimizar los recursos; el origen de este constructo está en el reconocimiento de la percepción que cada individuo tiene sobre su bienestar físico, emocional y económico, la cual depende de sus propias ideas y creencias personales.

Evaluar la calidad de vida del adulto mayor es difícil, la mayoría de las veces la etapa de la vejez implica por sí misma tener complicaciones de salud, lo que repercute en su bienestar; pero el estado de salud o enfermedad no es lo único determinante para evaluarla. Dulcey-Ruiz y Quintero (1999) señalan que el estudio de la calidad de vida aplicado a los adultos mayores, debe incluir aspectos como el estado de salud, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planear programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud.

El aumento en la población de adultos mayores derivado del crecimiento poblacional no está precisamente ligado a la calidad de vida. Los gobiernos han realizado esfuerzos para incrementar la esperanza de vida de su población acrecentando la cobertura en salud. En el caso de México, el seguro popular ha logrado cubrir casi al cien por ciento de la población que antes de éste no tenía acceso al servicio médico; sin embargo, se han descuidado los demás aspectos que no son médicos y conllevan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Para Testa (1996), la calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Por muchos años la percepción del paciente con respecto a su salud no era considerada por los

especialistas de la medicina y lo que decía el profesional médico era inamovible, incluso la forma de aplicar la medicina era completamente autocrática.

Botero y Pico (2007) mencionan que los médicos sólo tomaban en cuenta su experiencia y conocimiento propios para evaluar cualquier enfermedad. Hoy en día, la percepción del paciente forma parte integral de las preguntas de cualquier examen de rutina médico, lo cual ha creado un cambio considerable en la manera en que se empieza a incorporar el término calidad de vida a los diferentes ámbitos de la vida del ser humano. Según los autores, antes sólo se realizaba el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los adultos mayores a nivel biomédico, hoy en día el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades que antes eran mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más amplia del cuidado de la salud, donde no sólo se busca combatir la enfermedad sino promover el bienestar del enfermo.

Según Schwartzmann (2003), tradicionalmente en la medicina se tomaban por válidas sólo las observaciones del equipo médico, es decir, los datos objetivos. Posteriormente cobró mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente, es decir, los datos subjetivos. En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud está ligada a la percepción que las personas tienen de su salud y su bienestar, la medición de la CVRS se refiere a los aspectos que experimenta directamente el paciente. El envejecimiento deteriora la calidad de vida, evaluar la CVRS es difícil ya que la vejez por sí misma genera complicaciones de salud, pero la auto-

percepción del paciente es muy importante. En el siguiente capítulo se abordará la problemática del envejecimiento poblacional y los programas sociales para adultos mayores.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y PROGRAMAS SOCIALES PARA ADULTOS MAYORES

En esta capítulo se presenta la situación del envejecimiento poblacional y los programas sociales para adultos mayores en México y el mundo.

La problemática del envejecimiento poblacional en México

Hoy en el mundo existen más de 100 000 000 de personas mayores de 60 años, las tendencias mundiales están cambiando y el mundo se está empezando a poblar con adultos mayores. Al respecto, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) señala que el envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada.

Según el UNFPA, en 2011, 11.2% de la población mundial tenía 60 años o más, mientras que en los países más desarrollados fue de 22.1%, aspecto que contrasta con la proporción de adultos mayores (8.9%) que residen en las regiones menos desarrolladas. En el año 2050, 1 de cada 5 habitantes en el planeta tendrá más de 60 años, algunos de los factores que influyen en la longevidad de la población son los avances de la medicina,

por tanto, se requiere de cambios sociales radicales para que los años adicionales de vida sean saludables, significativos y dignos. Por ejemplo, en las Américas 1 de cada 4 personas tendrá más de 60 años y se espera que viva hasta los 81, ya que en las últimas décadas se ganaron en promedio más de 20 años de vida. (Organización Panamericana de la Salud 2015).

Para Cano (2001), no hay un criterio unificado acerca de la edad a partir de la cual se puede considerar a una persona como vieja. El autor señala que en países relativamente más envejecidos, este parámetro puede estar alrededor de los 80 años, como en el caso del Reino Unido; para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es anciano quien tiene más de 65 años, y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo es quien tiene más de 60. En México se visualiza como adulto mayor a la persona que tiene más de 60 años.

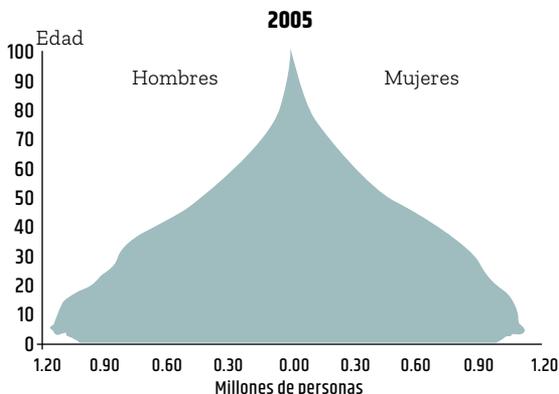
Actualmente en México hay 119 938 473 personas con una esperanza de vida de 75.2 años a nivel nacional, con base en los datos del Censo General de Población y Vivienda efectuado en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Según el INEGI, existen cerca de 10 000 000 de personas mayores de 60 años, es decir 9% de la población total; de acuerdo con las proyecciones de la Sedesol (2018), para el 2030 esta población llegará a un 14.6%, a su vez, la esperanza de vida aumentará a 76.9 años. Los hombres enfrentarán una menor esperanza de vida que las mujeres. Las entidades con menor esperanza de vida serán Chihuahua, Oaxaca y Guerrero. Mientras que Nuevo León, Ciudad de México, Durango y Baja California Sur tendrán la mayor esperanza de vida. Las estimaciones del cambio poblacional señalan que para el 2050 habrá 150 837 517 mexicanos y la esperanza de vida promedio aumentará de 78 años a 79.4 años.

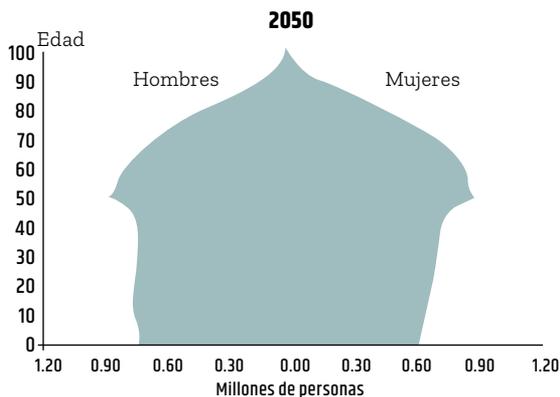
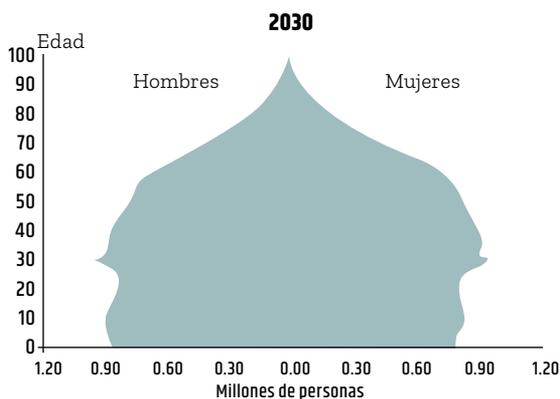
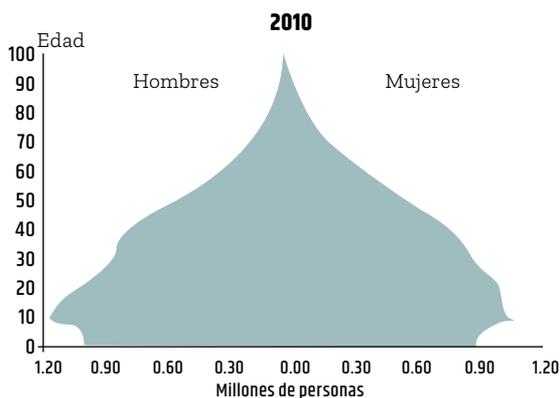
Por otra parte, las poblaciones de jóvenes de 15 a 24 años iniciaron una transición a partir de 2011, en la que se calcula que para el 2050 este grupo pasará de los 20 200 000 a

14 100 000. El grupo de adultos de 25 a 64 años, que para finales de 2006 sumaban 48 200 000, continuará creciendo hasta la cuarta década del presente siglo, cuando alcancen su máximo de 65 200 000 (Conapo, 2006, 2008, 2015). Asimismo, el grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI, ya que desde 1990 el porcentaje de adultos mayores era del 16%, lo cual sigue aumentando hasta un 137% más, en el año 2015 el porcentaje de adultos mayores fue del 38% y seguirá en incremento (INEGI, 2015). Lo alarmante, según la proyección de la pirámide poblacional del Conapo (Conapo, 2006, 2008, 2015), es que en el año 2050 habrá 25 900 000 personas mayores de 60 años (ver figura 2).

Los datos del Censo 2010 y 2015 confirman la consolidación de la transición demográfica en el país, así como la tendencia hacia el envejecimiento demográfico que anticipaban las proyecciones de población del 2030 y 2050. La población de 0 a 14 años de edad ascendió en 2010 a 32 515 800 personas, lo que representa una reducción de 0.2 % con respecto a la población en este grupo de edad en el año 2000 (32 587 000 personas) y durante el 2015 fueron 32 751 000 individuos con un ligero aumento.

FIGURA 2. PIRÁMIDE POBLACIONAL 2005-2050





Elaborado por Informe de México. El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México, 2008. (http://www.seminario.unam.mx/Publicaciones/articulos/cambio_demografico.pdf)

Asimismo, la población en edad productiva (de 15 a 64 años de edad) muestra en 2010 el mayor peso relativo en la historia demográfica del país, al representar 64.4% del total de la población total (71 485 000 personas). En este grupo se observa un crecimiento de 23.1% con respecto al dato del año 2000, el cual ascendía a 58 000 000 y durante el 2015 fueron 78 145 000 personas de la población total. El total de adultos mayores en 2010 ascendió a 6 939 000 personas; es decir, 2 188 700 más que en el año 2000, lo que representa una tasa de crecimiento de 46.1%.

El índice de envejecimiento en el país según el censo indica que hay 21.3 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. De la estructura por edad que refleja el censo de 2010 se desprende que hay 55.2 personas en edades no laborales por cada 100 en edades productivas: 45.5 de ellas son niños de entre 0 y 14 años de edad, y el resto 9.7, son adultos mayores. En 2015 hubo una disminución de la proporción de personas en edades no laborales con 52.8 por cada 100.

El crecimiento poblacional causará un grave problema ya que ninguno de los tres niveles de gobierno cuenta con recursos suficientes para atender la carga financiera que representarán las demandas de salud, alimentación y pensiones de este grupo poblacional. Al respecto, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam, 2010), el 75% de los adultos mayores en México no posee ingresos de pensión o jubilación y por lo tanto no tiene los medios suficientes para hacer frente a su vejez. Por lo que el envejecimiento poblacional reclamará modificaciones de las políticas públicas, sociales y de salud, en particular el crecimiento de la población de adultos mayores planteará enormes desafíos para las políticas de los gobiernos federales, estatales y municipales debido a los problemas propios del envejecimiento. El gobierno federal, por su parte, a través del Conapo (2008a) en su publicación acerca del envejecimiento

poblacional en México, hace notar la urgencia de cambios en el enfoque a la atención que actualmente se brinda a la población de adultos mayores debido al crecimiento elevado que se prevé para los siguientes años.

Bigby (2010) señala la importancia de mantener a los ancianos en sus hogares y de crear en la sociedad la conciencia y responsabilidad para apoyar programas que ayuden a cuidar de las necesidades de los adultos mayores. Heffernan *et al.* (1992) mencionan que la sociedad percibe que el adulto mayor puede cubrir sus necesidades personales con un ingreso mucho menor cuando en realidad la necesidad de comida, vestido, recreación y transporte no decrecen con la edad, y por lo tanto éste se ve obligado a depender de terceras personas.

Por ejemplo, Fok (2010) hizo un estudio en Hong Kong, mediante entrevistas a profundidad con personas de la tercera edad para conocer sus experiencias de vida mayormente enfocadas al aprendizaje; Las entrevistas se realizaron en centros de enseñanza para los adultos mayores y analizaron lo que el aprendizaje representaba para ellos. Se encontró que el mayor problema mencionado por los ancianos en cuanto al aprendizaje, fue la deteriorada capacidad de memoria, sin embargo, no disminuía su entusiasmo por continuar aprendiendo. Además, se relacionó que el aprendizaje durante la vejez ayuda a las personas de la tercera edad a tener mayor confianza en sí mismos y mayor autoestima. Lo anterior se refleja en nivel más elevado de bienestar, dando como resultado una mejor calidad de vida.

Por su parte, Yang (2010) menciona que China es un país en el que gran porcentaje de su población carece de seguridad social. Actualmente existen 180 000 000 de personas que superan los 60 años de edad, poco más del 13% de su población; en 20 años contará con más personas en edad de jubilarse que toda la población de Estados Unidos, y, para el

2050 tendrá 357 000 000 de adultos mayores. Por lo mismo se han desarrollado estudios en los que se propone disponer de una pensión para las personas adultas mayores; esto reduciría el nivel de pobreza, sobre todo en áreas rurales. El autor señala que al analizar las opciones para proporcionales esa ayuda a las personas adultas mayores, se llegó a la conclusión de implementar un programa al cual tuvieran acceso las personas mayores de 65 años para otorgarles una pensión económica, esto no afectaría económicamente al país aun si se cubriera casi el 100% de la población de la tercera edad. Para Bayarre (2009) esta medida mejoraría la calidad de vida de los ancianos en ese país. Por lo tanto, podemos ver que el implementar un programa social de ayuda a las personas mayores lejos de suponer un problema, es una solución a gran parte de la problemática que actualmente aqueja a los ciudadanos de mayor edad.

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países. Hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente su salud y bienestar. Hollaway (2009) señala que para la sociedad moderna el morir a una edad avanzada se ha vuelto más común que en décadas pasadas, pero los ancianos no tienen las oportunidades necesarias para enfrentar los problemas que esta etapa final de sus vidas representa.

Envejecimiento de la población en América Latina

De acuerdo con la asociación internacional Global Action on Aging, en América Latina el proceso del envejecimiento se ha caracterizado por su acelerado ritmo. Sus consecuencias son una preocupación para la gran mayoría de los gobiernos, por lo que se han realizado estudios multidisciplinarios que permiten entender de una mejor manera este sector, con la idea

de desarrollar programas y políticas públicas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Según el informe de Global Action on Aging (2010), se tienen las siguientes expectativas de crecimiento en algunos países seleccionados de América Latina para los próximos años (ver tabla 1).

TABLA 1. PROPORCIÓN Y TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS EN PAÍSES LATINOAMERICANOS (2000-2050)

País	Adulto mayor 60 años o más %			Tasa de crecimiento	
	2000	2025	2050	2020-2025	2025-2050
Uruguay	17.2	19.6	24.5	1.2	1.3
Argentina	13.3	16.6	23.4	1.9	1.9
Cuba	13.7	25	33.3	2.6	0.9
Barbados	13.4	25.2	35.4	2.8	1
Chile	10.2	18.2	23.5	3.3	1.5
Brasil	7.9	15.4	24.1	3.7	2.3
México	6.9	13.5	24.4	3.8	2.8
República Dominicana	6.5	13.3	22.6	3.9	2.8
Bolivia	6.2	8.9	16.4	3.3	3.4
Paraguay	5.3	9.4	16	4.4	3.3
Honduras	5.2	8.6	17.4	4	3.9
Total	8	14.1	22.6	3.5	2.5

Nota: Recuperado del Informe de la asociación Global Action on Aging (2010).

Para Nirenberg (2006), una tendencia común de diversos programas sociales en América Latina en las últimas décadas es que se diseñan focalizándose en una categoría poblacional, es decir, se elige un grupo poblacional determinado por la edad, situación socioeconómica, género o alguna otra variable, esto con el fin de disminuir la pobreza en alguno de estos grupos poblacionales.

El envejecimiento de la población en los próximos años representa todo un reto, la esperanza de vida va en aumento y el grupo poblacional de los adultos mayores tendrá un crecimiento acelerado. Ninguno de los tres niveles de gobierno cuenta con recursos suficientes para atender la carga financiera que representan las demandas de salud, alimentación y pensiones de este grupo poblacional. Hoy en día es de gran importancia asegurar la salud y el bienestar de los adultos mayores, por lo que en el siguiente capítulo se presenta la evaluación de las condiciones de salud de los adultos mayores de un programa social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN PROGRAMA SOCIAL EN CIUDAD JUÁREZ

En este capítulo se aborda la evaluación de las condiciones de salud de un programa social para adultos mayores en Ciudad Juárez Chihuahua, México.

Metodología

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue evaluar las condiciones de salud de los adultos mayores inscritos en un programa de apoyo a adultos mayores en Ciudad Juárez, Chihuahua. También con base en estos resultados se busca conocer si las personas que reciben beneficios de estos programas tienen problemas de salud.

Diseño

Se trató de un estudio de corte transversal en el que se aplicaron varios cuestionarios de autoinforme sobre condiciones

de salud. Todos los entrevistados aceptaron su participación y tuvieron conocimiento del propósito de estos.

Muestra

El estudio se dividió en dos etapas para alcanzar el objetivo de la investigación. En la primera se identificó el total de beneficiarios que recibieron el apoyo de la beca económica en el estado de Chihuahua. Los beneficiarios fueron 14 276 adultos mayores. De ellos se seleccionó solamente a los beneficiarios del programa en Ciudad Juárez donde se concentra el mayor número de personas beneficiadas en un mismo municipio, con un total de 5321 adultos mayores.

Para la segunda etapa de la investigación se aplicaron instrumentos donde se evaluó el estado nutricional, afectivo, la capacidad física y el estado mental de los adultos mayores, se requirió determinar la muestra de la población finita de 5321 adultos mayores derechohabientes del programa social en Ciudad Juárez.

Con un nivel de confianza de 95%, el total de la muestra correspondió a 923 participantes. Buscando disminuir los posibles errores en el llenado de las encuestas (como la no respuesta, o errores del entrevistador en la aplicación), se elevó el total de la muestra un 5%, de tal manera que su tamaño fue de 959 participantes.

Instrumentos

Como instrumento de autoinforme se utilizó el cuestionario derivado del proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe), del cual se tomaron los siguientes aspectos a evaluar: las condiciones generales de salud, estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física. Para efectos de practicidad, los cuestionarios se dividieron en cinco secciones:

1. Las condiciones de salud según la percepción del beneficiario, con 26 ítems.
2. La evaluación del estado de nutrición que se mide usando dos escalas: *Mini Nutritional Assessment* (MNA), compuesto por 18 ítems, y la evaluación del apetito, con 8 ítems.
3. La valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores mediante el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), compuesto de 6 ítems.
4. La valoración del estado cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer, con 10 ítems.
5. El estado de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage, que consta de 15 ítems, y la escala de ansiedad de Golberg, con 9 ítems.

Cabe mencionar que la encuesta SABE ha sido recomendada para la investigación clínico-epidemiológica en el envejecimiento, ya que ha seguido un proceso riguroso durante su realización en el que se han incluido diversos módulos y secciones basadas en instrumentos que han evaluado el estado de salud de adultos mayores; así también la encuesta SABE se ha aplicado en distintas ciudades de América Latina y el Caribe resultando útil para su propósito (Albala *et al.*, 2005; Lozano *et al.*, 2011).

El cuestionario de las condiciones de salud según la percepción de los beneficiarios, consta de 26 ítems con los que se le pregunta al adulto mayor si en los últimos 12 meses ha padecido hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolias, artritis, caídas, fracturas de cadera, osteoporosis, incontinencia urinaria, dolor de pecho, hinchazón de pies y tobillos, dolores de espalda, dolor de cabeza, fatiga o cansancio severo, tos, problemas de articulaciones, náusea y vómito, transpiración excesiva o sed persistente, problemas de la vista, de la audición, bucales o

de dentición, problemas nerviosos o psiquiátricos, problemas mamarios, para el caso de las mujeres, y problemas de próstata, en el caso de los hombres.

El estado nutricional se midió de acuerdo al Mini Nutritional Assessment (MNA) y a la evaluación del apetito, que consta de 8 ítems en los cuales una puntuación menor o igual a 28 señala un riesgo de perder por lo menos el 5% del peso corporal en los próximos seis meses. Se miden las comidas completas que tiene en un día, consumo de marcadores de ingesta de proteínas, si consume más de dos platos de fruta al día, su pérdida de peso en los últimos tres meses, su ingesta líquida al día, su modo de ingesta, si se ven a sí mismos con problemas nutricionales y cómo perciben su salud en relación con personas de la misma edad.

Para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores se utilizó el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Este cuestionario fue creado por Katz *et al.* (1983) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; el índice valora seis funciones básicas: baño, vestido, uso del W.C., transferencia, continencia y alimentación; y se asigna el término de dependencia o independencia a cada ítem. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica. Es dependiente aquella persona que necesita apoyo de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Se acepta la medición de la capacidad de la persona mediante el interrogatorio directo del paciente o de su cuidador. Cuenta con 6 ítems, se asigna 1 punto para cada actividad en la que el adulto se considera independiente y finalmente los pacientes se clasifican en tres grupos: 0-2 incapacidad física severa, 3-5 capacidad física moderada y 6 para capacidad completa.

En el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer que está compuesto por 11 ítems y la cuantificación de errores es normal de 0 a 2, de 3 a 4 denota un deterioro intelec-

tual leve, de 5 a 7 un deterioro intelectual moderado y con 8 a 10 preguntas incorrectas, indica que es severo. Los adultos mayores responden cosas muy simples como la fecha de hoy, el día de la semana, el nombre del lugar donde se encuentran, su número de teléfono, dirección, su edad, fecha de nacimiento, el nombre del presidente de su país, el nombre de su madre y dos preguntas aritméticas simples (Pfeiffer, 1975).

Los estados de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage y la escala de ansiedad de Goldberg. Para la estimación de los síntomas depresivos de la población de estudio se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage. Para Yesavage *et al.* (1982) y Martínez *et al.* (2005), esta valoración es una de las más usadas en la evaluación de la depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas con respuestas dicotómicas "sí" o "no". Se valora con un punto a las respuestas afirmativas para síntomas negativos y a las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15 ítems, esta última fue la empleada en el presente estudio.

Para medir el nivel de ansiedad, se utilizó la escala de depresión y ansiedad de Goldberg. Según Goldberg *et al.* (1998), esta escala se divide en una subescala que mide síntomas de ansiedad y otra que valora los síntomas depresivos. La subescala de ansiedad fue la única que se usó en este estudio, consta de 9 ítems y se contempla positiva cuando el puntaje es mayor a 5, y permite detectar el 73% de los casos de ansiedad con los puntos de corte que se indican. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg ha sido aplicada ampliamente en estudios epidemiológicos y su versión al castellano ha mostrado criterios de validez y confiabilidad con una sensibilidad de 83.1%, una especificidad del 81.8% y un valor predictivo de

95.3% (Montón *et al.*, 1993) y el cual ha sido manejado en estudios realizados en México (Sainz *et al.*, 2013).

En cuanto al mapeo de las zonas marginas, Conapo (2012) menciona que el índice de marginación urbana es una medida-resumen que permite diferenciar el Área Geoestadística Básica (AGEB) urbana del país según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, a los servicios de salud, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes.

Como parte de la planeación demográfica, el Consejo Nacional de Población busca incluir a la población más vulnerable en los programas de desarrollo económico y social que se formulan dentro del sector gubernamental, y vincular sus objetivos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos. En este sentido, el cálculo del índice de marginación urbana procura que dentro de las reglas de operación de diversos programas de atención social se integre a la población que padece mayores rezagos. Este índice correlacionado se utiliza para comprobar la presente hipótesis. Las dimensiones e indicadores del índice de marginación urbana por AGEB 2010, según Conapo (2012a) son:

1. Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela.
2. Porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica completa.
3. Población que no es derechohabiente de los servicios de salud.
4. Hijos fallecidos de las mujeres de 15 a 49 años de edad.
5. Viviendas particulares habitadas sin drenaje conectado a la red pública o fosa séptica.
6. Viviendas particulares habitadas sin excusado con conexión de agua.
7. Viviendas particulares habitadas sin agua entubada dentro de la vivienda.

8. Viviendas particulares habitadas con piso de tierra.
9. Viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento.
10. Viviendas particulares habitadas sin refrigerador.

Resultados

Percepción del estado de salud del beneficiario

Para su evaluación se utilizó el instrumento sobre las condiciones generales de salud según la percepción del beneficiario, que consta de 26 ítems. Los resultados encontrados de la aplicación de este instrumento a la muestra de 959 adultos mayores, revelan que el 48.56% de los hombres sufre hipertensión arterial, así como que el 62.98% de las mujeres tienen este padecimiento. Respecto a la fatiga, se encontró que el 46.46% de los hombres y el 49.65% de las mujeres tienen fatiga severa.

Los padecimientos de las articulaciones resultaron más frecuentes en las mujeres con el 53.46% y los hombres tuvieron un 39.11%. Los problemas dentales se presentaron en un 44.36% de los hombres y en un 46.71% de las mujeres encuestadas. Con respecto a enfermedades reumáticas, un 30.45% de los hombres y un 48.62% de las mujeres dijeron padecerlas. Asimismo, un 34.65% de los hombres y un 43.77% de las mujeres señalaron haber tenido caídas de cuidado. En cuanto a los problemas de la espalda, los padecen en un 42.21% las mujeres y en un 27.03% los hombres. La incontinencia urinaria se tiene en un 30.45% de los hombres y en un 33.39% de las mujeres, las cefaleas se encuentran en el 25.72% de los hombres y en el 35.99% de las mujeres.

De los trastornos psiquiátricos, se observa una mayor incidencia en las mujeres con un 35.99% contra un 21.52% de los hombres. La hinchazón de pies y tobillos se presentó en un 32.87% de las mujeres, contra un 22.83% de los hombres.

En cuanto a los problemas de próstata, un 27.30% de los encuestados del sexo masculino los mencionaron. La tos crónica se encontró en el 27.03% de los hombres encuestados, así como en el 26.99% de las mujeres. La osteoporosis tuvo mayor presencia en el sexo femenino con un 27.51%, contra apenas un 12.81% de los hombres.

Los padecimientos con menos porcentajes de afectados fueron el dolor de pecho, con 17.06% de hombres y 18.51% de mujeres; las cardiopatías con 8.92% de hombres y 15.22% de mujeres; el cáncer tuvo el 1.57% en hombres y 1.21% en mujeres; asimismo 11.81% de hombres y 15.22% de mujeres señalaron tener enfermedad pulmonar.

A continuación se muestran los resultados de los principales padecimientos encontrados según la autopercepción de los beneficiarios divididos por sexo (Tabla 2).

TABLA 2. PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SU AUTOPERCEPCIÓN ($n = 959$)

Padecimiento	Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
Hipertensión	185	48.56	364	62.98
Fatiga severa	177	46.46	287	49.65
Problemas de articulaciones	149	39.11	309	53.46
Problemas dentales	169	44.36	270	46.71

Fuente: Elaboración propia.

Con base en estos resultados, se muestra que la hipertensión arterial y la fatiga severa son los padecimientos más comunes según la percepción de los adultos mayores. Seguido de esas condiciones médicas, están los problemas de articulaciones y los dentales, que también cubrían cerca de la mitad de los adultos mayores evaluados.

Relación entre malnutrición y ubicación espacial

Para determinar la existencia de una relación entre la malnutrición y la ubicación espacial en los polígonos de pobreza del adulto mayor, se utilizó la evaluación del estado de nutrición Mini Nutritional Assessment (MNA) compuesto por 18 ítems y se compararon los datos de malnutrición en las distintas zonas de marginación (alto, medio, bajo, muy bajo) que nos aporta la Conapo (ver tabla 3).

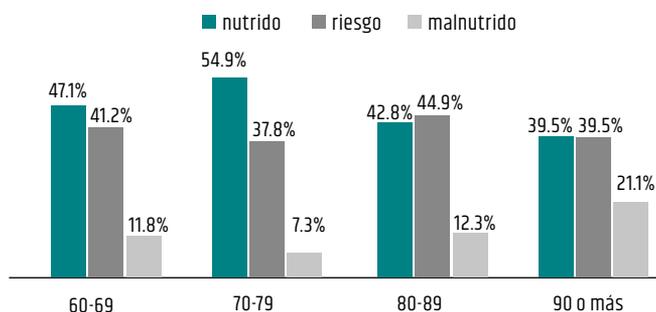
TABLA 3. INDICADORES DE NUTRICIÓN SEGÚN LOS NIVELES DE MARGINACIÓN URBANA DE CONAPO ($n = 959$)

Índice de marginación urbana	Adultos mayores malnutridos
Alto	46
Medio	383
Bajo	74
Muy bajo	32

Fuente: Elaboración propia.

Se encontraron distintos índices de malnutrición según la edad de los adultos mayores; de 60 a 69 años tienen un 11.8% de malnutrición, los de 70 a 79 años presentan un 7.3%, los que se encuentran en el rango de 80 a 89 años tienen un 12.3% y por último, los adultos mayores de 90 años tienen un 21.1%. A continuación, se presenta una gráfica con la información descrita con los tres niveles: nutrido, en riesgo y malnutrido por rango de edades (ver figura 3).

FIGURA 3. NUTRICIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES AL PROGRAMA (n= 959)



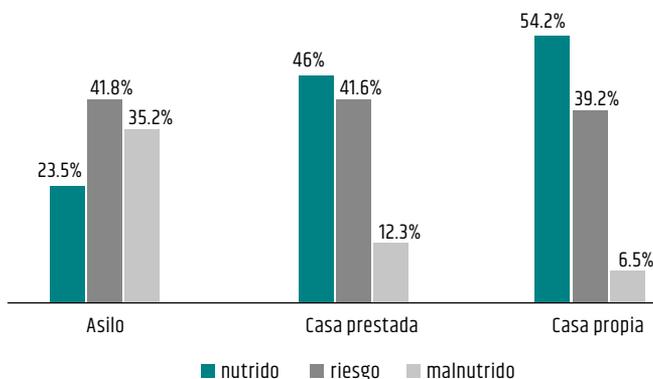
Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados mostraron que en las zonas con un índice de marginación medio se encuentra un mayor número de adultos malnutridos, por lo que la relación entre índice de marginación urbana y malnutrición de los adultos mayores debería ser explorada posteriormente. Del total de la muestra de 959 adultos mayores, se encontró que por lo menos la mitad de ellos sufre algún grado de malnutrición.

Malnutrición en adultos mayores en asilos y en residencias prestadas y propias

La evaluación del estado de nutrición para determinar si los adultos mayores que viven en asilos tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada, casa propia o asilo, se midió usando el MNA, compuesto por 18 ítems contrastándolo con los datos sociodemográficos de los beneficiarios. Los adultos mayores que viven en casa propia presentan un 6.5% de riesgo de malnutrición, los que viven en casa prestada tienen un 12.3% de riesgo de malnutrición y al ser adulto mayor y vivir en un asilo este riesgo de malnutrición se incrementa hasta el 35.2% (ver figura 4).

FIGURA 4. ADULTOS MAYORES NUTRIDOS, EN RIESGO Y MALNUTRIDOS SEGÚN EL LUGAR EN DONDE HABITAN



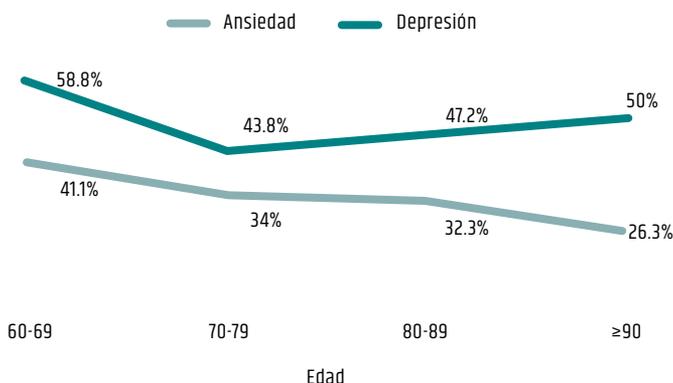
Fuente: Elaboración propia.

Con base en los resultados se observó que los adultos mayores que residen en un asilo tienen mayor grado de desnutrición en comparación con los que viven en casa propia o prestada.

Depresión y ansiedad en adultos mayores

Los estados de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage, que consta de 15 ítems, y la subescala de ansiedad de Goldberg, con 9 ítems. En estas evaluaciones se observó que la depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad, siendo para el grupo de 60 a 69 años de 58.8% y 41.2%, respectivamente. En la siguiente década de la vida ambos trastornos psiquiátricos disminuyen, luego la depresión muestra un patrón ascendente llegando a ser del 50% para las personas de 90 o más años de edad; sin embargo, la ansiedad continúa un declive uniforme llegando hasta el 26.3% para los adultos mayores de 90 años (ver figura 5).

FIGURA 5. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA EDAD
(*n* = 959)



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al estado civil, las personas viudas presentaron el más alto índice de depresión (46.95%), y el más bajo fue de aquellas personas divorciadas o separadas de sus parejas (34.8%) (ver tabla 4).

TABLA 4. ESTADO CIVIL DEL ADULTO MAYOR Y SU CORRELACIÓN CON LA DEPRESIÓN (*n* = 959)

Estado civil	Depresión (<i>n</i>)	Porcentaje
	<i>n</i>	%
Soltero	75	45.73
Casado	102	44.93
Divorciado/Separado	16	34.78
Viudo	223	46.95
Unión libre	12	41.38

Fuente: Elaboración propia.

Con estos resultados del estado civil de los adultos mayores, se observa que las personas viudas presentan mayor por-

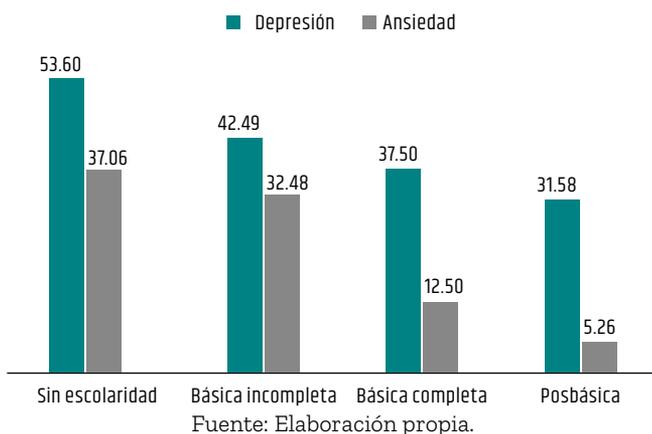
centaje de depresión (46%) seguido de los adultos mayores solteros (45%) y los casados (44%), con ello se infiere que hay porcentajes similares entre las personas que están dentro de una relación y quienes no, como en el caso de los solteros.

Depresión y escolaridad en adultos mayores

En nuestra muestra se observa que el nivel educativo se asocia con los síntomas de depresión y ansiedad, al respecto la depresión se encuentra en el 53.6% en los adultos mayores con nula escolaridad y del 31.58% en quienes alcanzaron un grado de educación posbásica.

Adicionalmente se muestra una correlación significativa entre la depresión y la nula escolaridad ($p=0.001$), así como una correlación entre la depresión y la educación básica incompleta ($p=0.007$). Mientras en el caso de la ansiedad, se ubicó en el 37.1% de las personas sin escolaridad y el 5.3% de las que tienen educación posbásica ($p=0.009$) (ver figura 6 y Tabla 5).

FIGURA 6. RELACIÓN DE ESCOLARIDAD CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES ($n = 959$)



* Escolaridad posbásica comprende nivel primario incompleto o completo y secundaria trunca.

TABLA 5. ESCOLARIDAD DEL ADULTO MAYOR Y SU CORRELACIÓN CON LA DEPRESIÓN (n = 959)

Escolaridad	Depresión		X ²	Valor p
	n	%		
Ninguna	149	53.60	10.34	0.001*
Básica incompleta ⁽¹⁾	263	42.49	7.14	0.007*
Básica completa ⁽²⁾	3	37.50	0.21	0.645
Posbásica ⁽³⁾	6	31.58	1.53	0.216

NOTA: 1 = Primaria incompleta o completa y secundaria incompleta; 2 = Secundaria completa; 3 = Media superior o más; * p < 0.05

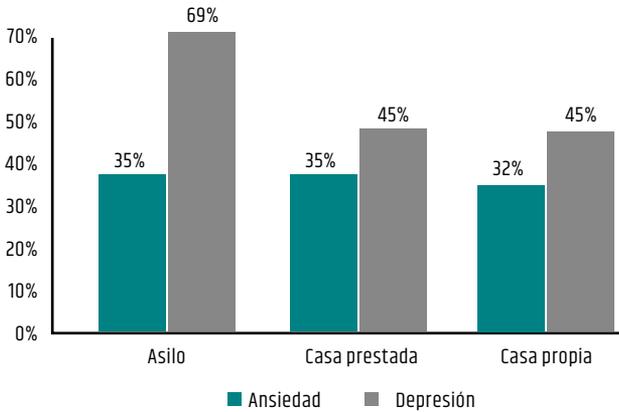
Fuente: Elaboración propia.

Con estos resultados se puede establecer una relación entre la poca educación y un mayor grado de depresión en las personas sin algún tipo de educación o con educación básica e incompleta. Sin embargo, no se halló esta relación en quienes tenían una educación básica completa o educación posbásica.

Depresión y lugar de residencia en adultos mayores

Se analizaron los datos de la depresión con respecto al lugar de residencia, en ellos se observó que los adultos mayores que viven en asilo presentan mayor porcentaje de depresión (69%). Encontramos cifras similares en aquellos que viven en casa ajena y en casa propia, con porcentajes de 45% y 44%, respectivamente. No obstante, las proporciones de ansiedad fueron similares en los tres tipos de residencia (ver figura 7 y Tabla 6).

FIGURA 7. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA (n = 959)



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 6. LUGAR DE RESIDENCIA DEL ADULTO MAYOR Y SU CORRELACIÓN CON LA DEPRESIÓN (N = 959)

Lugar de residencia	Depresión (n)	Porcentaje (%)	X ²	Valor p
Asilo	11	68.75	3.55	0.049 *
Amigo/familiar ⁽¹⁾	194	45.43	0.00	0.977
Casa propia	223	44.78	0.21	0.645

NOTA: (1) Adulto mayor que reside en casa prestada de familiares o amigos; * p < 0.05

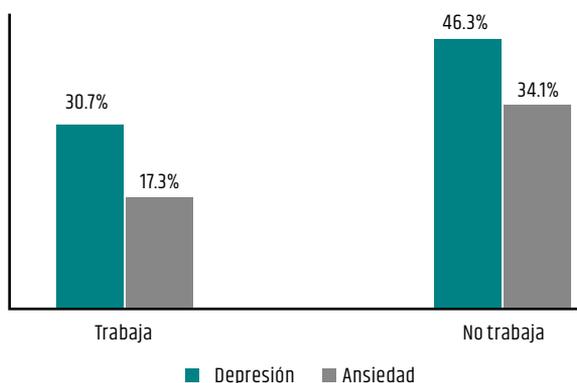
Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados nos arrojan que sí hay una diferencia en los niveles de depresión dependiendo del lugar de residencia, ya que existe un porcentaje elevado de adultos mayores con depresión que residen en asilos.

Protección contra la depresión y ansiedad a través del trabajo

Se advierte que en la población de adultos mayores, el tener un empleo remunerado puede ser un factor protector para la depresión, pues esta se presenta únicamente en 16 personas (30.7%) de las que trabajan, a diferencia 412 (46.3%) que no trabajan. Sucede el mismo fenómeno con la ansiedad, la cual se manifiesta en el 17.3% de los adultos mayores que trabajan y hasta el 34.1% de los que no lo hacen (ver figura 8).

FIGURA 8. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES CON Y SIN EMPLEO REMUNERADO ($n = 959$)



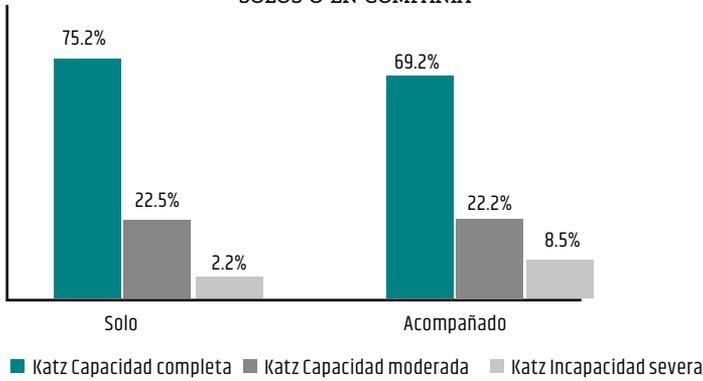
Fuente: Elaboración propia.

Relación entre los adultos mayores que viven solos y su grado de incapacidad

De los encuestados, el 35% vivían solos y 65% acompañados de una o más personas, como la pareja, hijos, sobrinos u otro familiar. Se excluyeron para este análisis las personas que viven de manera institucionalizada (albergues, asilos, etcétera). Los resultados indican que aquellas personas que viven solas tienen menor grado de incapacidad severa (2.3%) en relación con las que viven acompañadas (8.6%), prácticamente

el mismo grado de capacidad moderada (22.6% vs. 22.2%) y las personas que viven solas tienen mayor grado de capacidad completa (75.2%). De manera que quienes vivían solos tenían una mejor capacidad funcional en comparación con los adultos mayores que viven con alguien más (ver figura 9).

FIGURA 9. CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS O EN COMPAÑÍA



Fuente: Elaboración propia.

Con base en los resultados de si los adultos mayores que viven solos tienen menor grado de incapacidad severa, se concluyó que su grado de capacidad funcional es mayor.

Deterioro cognitivo de adultos mayores

Para evaluar el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer. Los resultados reflejan que el 64.44% de los encuestados está dentro de los rangos normales. Por otro lado, el 20.74% mostró un deterioro intelectual leve, el 9.95% tiene un deterioro moderado y el 4.87% un deterioro severo (ver tabla 7).

TABLA 7. ESTADO MENTAL DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA
(N = 945)

Estado mental	n	Porcentaje (%)
Normal	609	64.44
Deterioro leve	196	20.74
Deterioro moderado	94	9.95
Deterioro severo	46	4.87
Total	945	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Con los resultados obtenidos, se observa que el 35.56% de los adultos mayores tienen algún grado de deterioro intelectual, a pesar de ello solo un 4.8% tienen un deterioro cognitivo severo.

Depresión y su relación con la percepción de la salud en adultos mayores

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage, contrastando con el cuestionario del estado de salud según la percepción del beneficiario. De enfermedades evaluadas, se encontraron porcentajes elevados de estados depresivos en adultos mayores que refirieron hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, enfermedades pulmonares y cardiopatías. Mediante un análisis comparativo se determinó que el ser hipertenso se asocia con la depresión ($p < 0.05$), al igual que padecer una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (ver tabla 8).

TABLA 8. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES CRÓNICAS
(N = 959)

	Depresión		Normal		X ²	P < 0.05	OR	IC
	n	%	n	%				
Hipertensión	256	47.41	284	52.59	73.86	0.000*	5.41	3.52-8.34
Diabetes	103	48.36	110	51.64	1.43	0.232	1.21	0.88-1.66
Enfermedad pulmonar	76	58.46	54	41.54	10.95	0.000*	1.88	1.27-2.78
Cardiopatía	66	48.53	70	51.47	0.70	0.402	1.17	0.80-1.71

Fuente: Elaboración propia.

Con base en los resultados, se determinó que el ser hipertenso y tener EPOC aumenta significativamente la probabilidad de sufrir depresión en los adultos mayores de la muestra evaluada.

Relación entre la pobreza y ansiedad en adultos mayores

Utilizando los criterios espaciales de los polígonos de pobreza y el índice de marginación urbana, se realizó un mapeo de los adultos mayores que en el instrumento fueron evaluados con ansiedad, y se presentan los siguientes resultados (tabla 9).

TABLA 9. POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS CON ANSIEDAD MAPEADOS
SEGÚN LOS NIVELES DE MARGINACIÓN URBANA DE CONAPO (2010)

(v = 959)

Nivel de marginación urbana	Cantidad de adultos mayores con ansiedad
Muy alto	1
Alto	42
Medio	294
Bajo	52
Muy bajo	19

Fuente: Elaboración propia.

Con estos resultados se puede observar que los trastornos de ansiedad en adultos mayores se presentan principalmente en las zonas de marginación media, ya que se mostraron números de casos similares en los niveles de marginación alto y bajo.

Diferencias entre nutrición, depresión y ansiedad en adultos mayores que viven dentro o fuera de los polígonos de pobreza

Para verificar si existen diferencias significativas en la nutrición, depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo si viven dentro o fuera de los polígonos de pobreza, se utilizó la prueba de contrastes no paramétricos para dos pruebas independientes (Prueba de U de Mann-Whitney). Se decidió utilizar esta prueba en el programa SPSS ya que las variables no son numéricas, y porque la prueba de normalidad no se cumplió. Según Landero y González (2006), esta prueba es la alternativa no paramétrica a la prueba T de Student para diferencia de medias de muestras independientes, bien porque no se cumplan los supuestos de normalidad o porque el nivel de medida de los datos sea ordinal. Se presentan los resultados de la prueba para nutrición, depresión y ansiedad (ver tabla 10).

TABLA 10. RESULTADO DE LA PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA ENCONTRAR DIFERENCIAS ENTRE LOS ADULTOS MAYORES QUE VIVEN DENTRO O FUERA DE POLÍGONOS DE POBREZA

Variable	Significancia de la prueba U de Mann-Whitney
Nutrición	0.570
Depresión	0.199
Ansiedad	0.680

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación del programa con Sistemas de Información Geográfica

Un polígono de pobreza es un espacio social rezagado respecto al desarrollo alcanzado por el municipio o sector donde está ubicado. La Secretaría de Desarrollo Social a nivel federal determina los polígonos de pobreza en el país. En Ciudad Juárez se tienen identificadas 124 colonias dentro de ellos.

Con base en estos polígonos de pobreza utilizando Sistemas de Información Geográfica (SIG) se realizó un mapeo de las direcciones de los beneficiarios del programa social sobre un mapa cartográfico de Ciudad Juárez para conocer si estaban dentro de los polígonos, que es a donde se supone debería enfocarse este tipo de programas sociales.

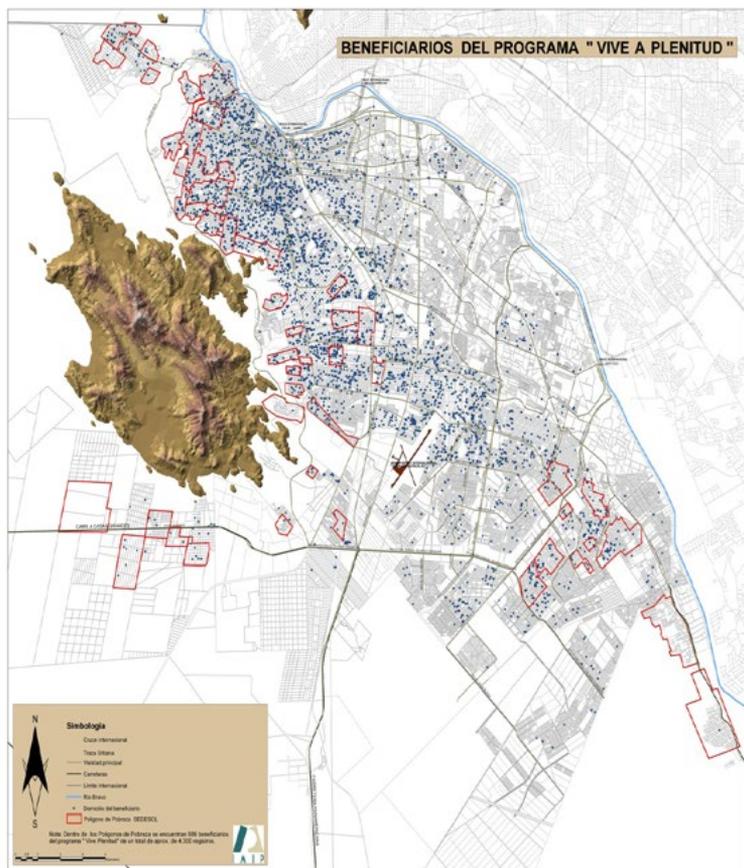
Del 100% de las direcciones capturadas se encontró que 3415 están fuera de los polígonos de pobreza, es decir, el 79.4% y solamente 886 direcciones se encontraron dentro, lo que corresponde al 20.6%. En la tabla 11 se presenta un concentrado de los hallazgos descritos:

TABLA 11. MAPEO DE LOS POLÍGONOS DE POBREZA CON FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL.

Mapeo de polígonos de pobreza	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de los polígonos de pobreza	886	20.6
Fuera de los polígonos de pobreza	3415	79.4

En la figura 10 se muestran los polígonos de pobreza de Ciudad Juárez enmarcados en una línea simétrica de color rojo que demarca geográficamente las colonias anteriormente descritas. Sobre el mapa cartográfico, con puntos color azul, se incluyen las direcciones de 4300 beneficiarios del programa social, por lo que a través de esta distribución espacial pueden observarse los beneficiarios que están dentro y fuera de los polígonos de pobreza que establece la Sedesol, de estos solo el 20.6% se ubica dentro de los polígonos de pobreza.

FIGURA 10. IMAGEN DEL MAPEO REALIZADO A LAS DIRECCIONES DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA "VIVE A PLENITUD" SOBRE LOS POLÍGONOS DE POBREZA DE SEDESOL



Fuente: Elaboración propia.

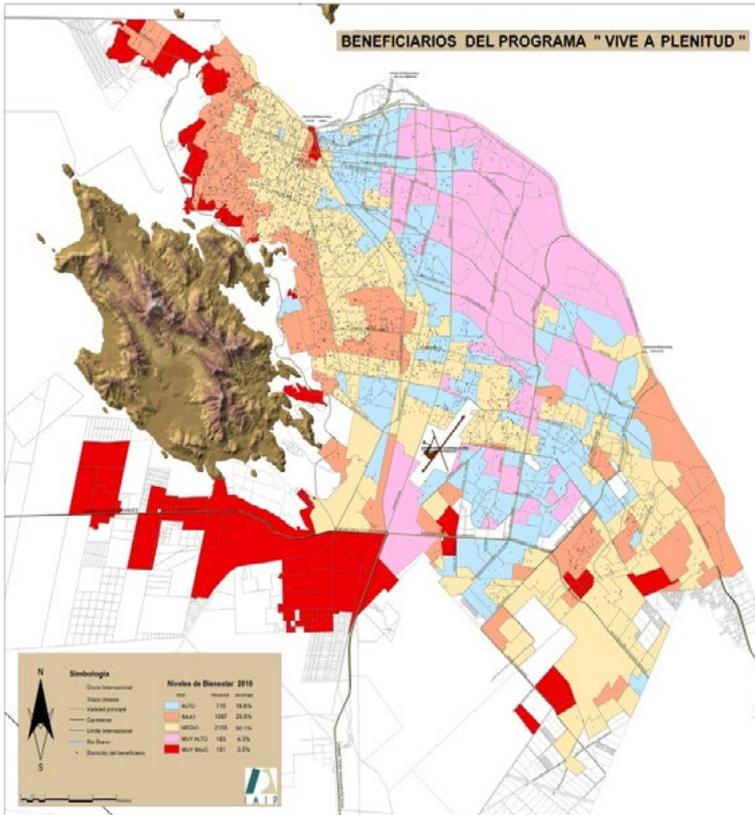
Para determinar en cuál estrato de niveles de bienestar se encontraban los beneficiarios del programa con base en el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, se corrió la base de datos sobre el programa ArcMap de mapeo para determinar los niveles de bienestar que maneja el Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP) de Ciudad Juárez.

El bienestar social es un conjunto de variables que contribuyen a establecer un determinado nivel de la calidad de vida de las personas. Se incluyen aspectos tanto económicos como culturales y sociales. Los niveles de bienestar se elaboraron en el IMIP con información del Censo de Población y Vivienda del INEGI (2010), para lo cual se tomaron las variables de vivienda (promedio de ocupantes por vivienda, ocupantes por cuarto, con piso de tierra, con un cuarto dormitorio, con más de dos cuartos dormitorio), educación (porcentaje de población analfabeta de 15 años y más, grado promedio de escolaridad, población con rezago básico educativo), servicios (porcentaje de viviendas que no disponen de servicio sanitario, porcentaje de viviendas que no cuentan con servicios completos), energía eléctrica, bienes (refrigerador, lavadora, computadora).

Esta información se procesa en el IMIP, con las variables se aplicó el modelo estadístico análisis de componentes principales en el programa Excel XLSTAT y se extrajo el componente principal factor F1; este valor es considerado como el índice de nivel de bienestar. Después se estratificaron los datos mediante un análisis de componentes principales y una estratificación Dalenius, obteniendo así los niveles de Muy alto, Alto, Medio, Bajo y Muy bajo.

Se utilizó un listado de 180 colonias de Ciudad Juárez que se encuentran en los niveles de bienestar según el IMIP. Con base en estos niveles de bienestar se realizó un mapeo de las direcciones de los beneficiarios del programa social sobre un mapa cartográfico de Ciudad Juárez, para conocer en cuáles niveles de bienestar se encontraban los beneficiarios del programa. El mapeo se dividió en 5 categorías: el nivel muy alto se identifica en color morado, el nivel alto en color azul, el nivel medio en color amarillo, el nivel bajo en color café claro y el nivel muy bajo en color rojo. Los resultados se presentan a continuación (ver figura 11 y tabla 12).

FIGURA 11. IMAGEN DEL MAPEO REALIZADO A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA "VIVE A PLENITUD", SEGÚN LOS NIVELES DE BIENESTAR 2010 DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN DE CIUDAD JUÁREZ CON BASE EN EL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010 DEL INEGI



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 12. MAPEO DE LOS NIVELES DE BIENESTAR CON FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL

Mapeo de niveles de bienestar	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	183	4.3%
Alto	715	16.6%
Medio	2155	50.1%
Bajo	1097	25.5%
Muy bajo	151	3.5%

Fuente: Elaboración propia.

Como resultado se obtuvo que solamente 3.5% se encontraron en nivel muy bajo, es decir, 151 personas; 25.5% están en nivel bajo con 1097 personas, 50.1% en nivel medio con 2155 personas, 16.6% en nivel alto con 715 personas, e incluso en nivel muy alto se encuentran más que en el nivel muy bajo: el 4.3%, que corresponde a 183 personas.

CONCLUSIONES

Los resultados mostraron que gran parte de la población de los adultos mayores que están en el programa presentan problemas de salud como la hipertensión, fatiga, diabetes, EPOC, padecimientos psiquiátricos y otros relacionados con la nutrición. Muchos de estos se acrecientan por factores psicosociales, por ejemplo, en el caso de la malnutrición se ve mayormente en los adultos mayores que viven dentro de los polígonos de pobreza, así como en los que habitan en asilos. También se observó que las condiciones ambientales como la de vivir en un asilo o en una zona de pobreza, pueden asociarse con la mala alimentación y con la depresión. Se encontraron menos porcentajes de depresión en las personas que tenían una escolaridad posbásica y en aquellas con una fuente de empleo remunerado. Por tal razón se deben crear estrategias para que se puedan reducir los grados de malnutrición en los adultos mayores en los subgrupos más vulnerables.

A pesar de que existen programas sociales para prevenir y diagnosticar enfermedades, no hay suficiente asistencia en el ámbito de salud mental. Es necesario atender las patologías más comunes como la depresión y la ansiedad, las cuales son trastornos que afectan a la población de adultos mayores en México, por lo que hace falta crear una infraestructura para la prevención, diagnóstico y tratamiento para ellas. En cuanto a los datos obtenidos, hay factores como el estado civil, escolaridad, lugar de residencia, empleo, grado de incapacidad, deterioro intelectual, grado de pobreza, nu-

trición, entre otros que afectan la salud mental de la población de adultos mayores.

En cuanto al nivel de marginación y su asociación con las enfermedades, la información arroja que existe una relación entre la nutrición y la ansiedad, sin embargo, otras variables como la edad, las personas con las que habita, el lugar donde vive y la ocupación, también juegan un papel indispensable en su proceso de vida. Debido a ello, el recibir un apoyo les sirve como ayuda para reducir la brecha de desigualdad, por lo que el impacto de estos programas es positivo. Sin embargo, no se descarta seguir realizando estudios con otra metodología o con un equipo de especialistas para realizar una evaluación más profunda de este tipo de programas.

En la evaluación de programas, es necesario crear políticas públicas claras, de manera unificada sobre todo en un sector poblacional tan desprotegido como son los adultos mayores, considerando que su expectativa de vida va en aumento.

El envejecimiento de la población se convertirá en un problema social en los próximos años, por lo que la administración de recursos públicos debe ser eficiente, oportuna y transparente con la población beneficiaria, ya que no se puede predecir si será posible otorgar apoyos universales a este sector cuando se invierta la pirámide poblacional.

Se deben emplear estrategias para realizar una adecuada focalización de los recursos para los adultos mayores en extrema pobreza, tratando de minimizar los errores en los mecanismos de selectividad donde debe eliminarse la percepción del personal encargado de realizar los estudios socioeconómicos y enfocarse en parámetros más objetivos. En este punto, los SIG juegan un papel de gran importancia. Como pudo observarse en la evaluación con SIG, el programa está mal focalizado, no llega a quien realmente debe llegar, generalmente los recursos de los programas sociales del gobierno no alcanzan para toda la población, por lo que deberían entregarse de una manera eficiente a quienes más lo necesiten.

Es necesario mejorar la administración de los programas sociales realizando evaluaciones periódicas de los mismos. Un programa social adecuadamente formulado tiene mayor probabilidad de generar un impacto en su población objetivo. Sin embargo, las dependencias creadoras de los programas sociales deben contar con herramientas de evaluación y seguimiento, desde su introducción hasta su última fase de la ejecución, que contengan los criterios que comúnmente se utilizan dentro de las organizaciones que evalúan estos programas.

Para Martín-Castilla (2005), el entorno dinámico y complejo que atraviesa actualmente la administración pública requiere afrontar grandes retos de modernización y cambio. La ciudadanía cada vez está más informada y exige que los gobiernos sean transparentes, eficaces y eficientes, y que respondan a las demandas de sus ciudadanos. Modernizar la gestión pública debe ser un reto continuo y una prioridad a través de nuevas prácticas de gestión que persigan la eficacia y la eficiencia de sus programas.

El envejecimiento poblacional enfrenta retos importantes durante los próximos años, por ello se debe buscar la prevención de las enfermedades propias de la vejez porque no habrá recurso financiero que alcance para cubrir los padecimientos de este sector poblacional que se avecinan en los próximos años.

El envejecimiento poblacional que va en aumento requiere de políticas públicas más focalizadas para atender este sector desprotegido y de una buena administración y evaluación permanente de los programas sociales creados para apoyarlos. La vejez ya no es lo que era en el pasado; hoy en día los adultos mayores pueden y deben formar parte de la estructura laboral de los países. Los adultos mayores de hoy son el ejemplo que les mostrará a las generaciones del futuro cómo debe vivirse esta etapa de la vida.

REFERENCIAS

- Ackerman, J. y Sandoval, I. E. (2005). *Leyes de acceso a la información en el mundo*. México: Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).
- Albalá, C., Lebrão, M., León, E., Ham-Chande, R., Hennis, A., y Palloni, A. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panam Salud Pública*, 17 (5/6), 307-322.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), 683-699.
- Balestrini, M. (2002). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. Caracas: Consultores y asociados. Servicio editorial.
- Bañón, R. (2003). *La evaluación de la acción y las políticas públicas*. Madrid: Díaz Santos.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L., y Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49 (4), 459-466.
- Barrera, E. y San Clemente, J. (2008). Una perspectiva genealógica y crítica para repensar la administración. *Revista Universidad EAFIT*, 44 (152), 11-35.
- Barrón Pérez, M., Caballero Urdiales, E., Murillo López, S., y Provencio Durazo, E. (2011). Evaluación de las políticas y programas sociales implementados por el gobierno del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

- Bartolomé, M., Cabrera, F., Espín, J. V., Marín, M. A., & Y Rodríguez, M. (1997). L'éducation interculturelle en Catalogne. *Carrefours de l'éducation*, 4, 96-132.
- Bayarre, H. (2009) Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, (35)4, 110-116.
- Beck, W., Van Der Maesen, L. J. G., Thomese, F. y Walker, A. (Eds.). (2001). *Social Quality: A Vision for Europe*. La Haya: Kluwer Law International.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., y Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*, 47 (supl 1), S4-S11.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México: Prentice Hall.
- Bernardo, J. y Caldero, J. (2000). Investigación cuantitativa. Métodos no experimentales. En J. Bernardo y J. Caldero (Eds.). *Aprendo a investigar en educación* (pp. 77-93). Madrid: RIALP.
- Berthin, G. (2008). Fortalecimiento de la capacidad de formular e implementar políticas de transparencia y anticorrupción en América Latina. *Revista Clad. Reforma y Democracia*, 41.
- Bigby, C. (2010). A five country comparative review of Accommodation Support Policies for older people with intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 3-15.
- Bland, J., y Altman, D. (2002). *Validating scales and indexes*. *Br Med J*, 24(18), 606-607.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años, una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24.
- Briceno, W. D. y Gillezeau, P. (2012). Arguments about the Welfare State. *Revista Negotium*, 23, 26-66.

- Briones, G. (1991). *Evaluación de programas sociales* (1ª ed.). México: Trillas.
- Brodersohn, V. (1999). *Focalización de programas de superación de la pobreza. Derecho a tener derecho: infancia, derecho y política social en América Latina*. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño (IIN) y UNICEF.
- Burdin, G. y De Melo, G. (2009). Prestaciones Sociales en Uruguay. Porque hay beneficiarios que no las solicitan. *Revista CEPAL*, 98, 2-18.
- Bustelo, E. y Minujin, A. (1997). La política social esquiva. *Revista de Ciencias Sociales*, 6, 7-55.
- Bustelo, M. (2003). "¿Qué tiene de específico la metodología de la evaluación?". *La evaluación de la acción y las políticas públicas*. Madrid: Díaz Santos, pp. 13-32.
- Cano, G.C. (2001). Problemática de la población anciana en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Geriatría y Gerontología*, 15(2), 259.
- Caracelli, V. J. y Greene, J. C. (1997). Crafting mixed-method evaluation designs. *New Directions for Evaluation*, 74, 19-32. doi: 10.1002/ev.1069.
- Castañeda, T., Lindert, K., de la Briere, B., Fernández, L., Hubert, C., Larranaya, O., Orozco, M., y Viquez, R. (2005). "Designing and implementing household targeting systems: lessons from Latin American and the United States". Social Protection Discussion Papers 0526. Not formal publication. The World Bank.
- Castro, M. (2003). *El proyecto de investigación y su esquema de elaboración* (2ª ed.). Caracas: Uyapal.
- Chavesta, C., Chiroque, F., Chunga, T., Díaz, H., Farro, R., Soto, V., y Torres, V. (2009). Estado nutricional del adulto mayor según el Mini Nutritional Assessment del Asilo Hogar San José de Chiclayo 2008. Nutritional status of older adults using Mini Nutritional Assessment in the San Jose Asylum of Chiclayo 2008. *Horiz. méd.*, 9(1), 19-23.

- Cohen, E. y Franco, R. (1991). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
- Comisión Nacional de Población (junio 2008). Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México [en línea]. XXXIII periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>
- Consejo Estatal de Población del Estado de Chihuahua (2010). Programa Estatal de Población 2004-2010. http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/coespo/canales/Adjuntos/CN_8590CC_13277/PROGRAMA%20ESTATAL%20DE%20POBLACI%D3N%202004-2010.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2008). *Informe de pobreza multidimensional en México*. México: Coneval.
- . (2012). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2012*, México: Coneval, pp. 78-82.
- . (2013). *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas*. México: Coneval
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (1999). *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*. México: Secretaría de Gobernación.
- . (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050* (1ª ed.). México: Secretaría de Gobernación.
- . (2008a). *Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México*. Comité especial sobre población y desarrollo. XXXII periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/25_de_Junio_de_2008
- . (2008b). *Programa Nacional de Población (2008-2012)* (1ª ed.). México: Secretaría de Gobernación.

- . (2010). *La población de México en el nuevo siglo*. México: Conapo, pp. 249-262.
- . (2011). *Segundo informe de ejecución del programa nacional de población 2008-2012* (1ª ed.). México: Conapo.
- . (2012a). Índice de Marginación Urbana 2010. México: Conapo. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_1_Marginacion_Urbana_2010
- . (2012b). Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población (última modificación: miércoles 28 de noviembre de 2012 a las 18:31:27 por Auralet Ojeda Lavin). http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion.
- . (2012c) *Índice de marginación urbana 2010* (1ª ed.). México: Conapo.
- . (2015). Situación demográfica de México 2015. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Situacion_Demografica_De_Mexico/2015/HTML/files/assets/common/downloads/SDM_2015.pdf
- Crespo, J. R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
- Crozier, M., Huntington, P., y Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: NY University Press.
- Cunill, N. (2006). La transparencia en la gestión pública. Cómo construirle viabilidad. *Revista Chilena de Administración Pública*, 8, 22-44.
- Dankhe, G. L. (1989). *Investigación y comunicación*. México: McGraw-Hill.
- De Miguel, M. (2000). Participación ciudadana en las políticas públicas. *Aula Abierta*, 66, 211-218.

- . (2000). La evaluación de programas sociales: Fundamentos y enfoques teóricos. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 289-317.
- . (2009). Evaluación de planes y programas de ciudadanía y convivencia. *Praxis Educativa*, 13, 47-79.
- Del Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina* (Serie Población y Desarrollo, núm. 19). Santiago de Chile: CEPAL.
- Devesa, E. (1992). Fisiología del envejecimiento. *Geriatría y gerontología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 10-15.
- Diario Oficial de la Federación (2013). Acuerdo por el que se emiten las reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores para el ejercicio fiscal 2013. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288941y-fecha=26/02/2013.
- Dulcey-Ruiz E. y Quintero, G. (1999). *Calidad de vida y envejecimiento. Tratado de Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Academia, pp. 128-136.
- Espinar, A. C., Fernández, E. C., y Tardón, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12 (2), 171-175.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- . (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Ediciones Alfons el Magnani.
- Etcheld, M., Van Elderen, T., y Van Der Kamp, L., (2003). Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 49-60.
- Euzéby, C. (1991). *La renta mínima en los países de la comunidad europea. Experiencias y perspectivas*. IV Jornadas de Economía de los Servicios Sociales. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

- Evangelista, E. (2001). *Historia del trabajo social en México*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Fernández, S. (2000). La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la evaluación de procesos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(3), 259-276.
- Finnegan, J. R., Murray, D. M., Kurth, C., y McCarthy, P. (1988). Measuring and tracking education program implementation: The Minnesota Heart Health Program. *Health Educational Quarterly*, 16 (1), 77-90.
- Flores-Padilla, L., Trejo-Franco, J., y Rodríguez-Tadeo, A. (2011). *Transición demográfica y epidemiológica del adulto mayor en Chihuahua*. México: UACJ.
- Fok S.Y. (2010). The meaning of learning experiences of older adults in Hong Kong. *Educational Gerontology*, 36(4), 298-311.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2011). *Estado Mundial de la Población 2011*. Consultado en mayo de 2012 en http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011_Final.pdf
- Fox, J., y Haight, L. (2010). Transparency Reforms: Theory and Practice. En A. Selee y J. Peschard (Eds.). *Mexico's Democratic Challenges*, Palo Alto: Stanford University Press/Woodrow Wilson Center.
- García, H., Sardina, R. M., y Bess, S. (2008). Consideraciones socioéticas en el ingreso domiciliario en el sistema de salud cubano durante el 2007. *Medisan*, 12(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san17208.htm
- Garson, G. D., y Biggs, R. S. (1992). *Analytic mapping and geographic databases*. (Series Quantitative applications in the Social Sciences) (p. 89). Newbury Park, California: Sage University Papers.

- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa* (Fondo Medellín). Medellín, Colombia: Editorial Universidad EAFIT.
- Gallego, C. F. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas profesión*, 5(18), 5-13.
- Gallego, R., Goma, R., y Subirats, J. (2003). *Welfare State and territorial politics: The emergente of regional welfare regimes in Spain*. Edinburch: Joint Sessions.
- Giraldo, J., Barbeito, A., Casassas, D., González, J. I., Lo Vuolo, R. M., Martín, F.R., Raventós, D., Sarmiento, A., Suplicy, E. M., y Van Parijs, P. (2003). *La renta básica: más allá de la sociedad salarial*. Medellín, Colombia: Escuela Nacional Sindical.
- Global Action of Aging. (2010). Informe de Actividades. <http://www.globalaging.org/foreignlang/spanish.htm>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1998). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 297, 897-899.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J. F. A. L., Rondón, M., Díaz-Granados, N., y Pinto, D. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panam Salud Pública*, 16 (6), 378-386.
- González, J. I, Rodríguez, L., y Ruipérez, L. (1992). Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27, 129.
- González, U., Grau, J., y Amarillo, M. A. (1997). *La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana*. En J. R. Acosta (Ed.). *Bioética. Desde*

- una perspectiva cubana. La Habana: Centro "Félix Varela", pp. 279-285.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. California: Newsbury Park.
- Heffernan, J., Shuttlesworth, G., y Ambrosino, R. (1992). *Social Work and Social Welfare*. Estados Unidos de América: West Publishing Company.
- Henriquez, G. (1999). Evaluación del estado nutricional. Evaluation of nutritional status. *Nutrición en pediatría, s/v*, 17-62.
- Hernández, D., Orozco, M., Camacho, A., Vera, H., Camacho, C., y Téllez, V. (2002). *Concentración de hogares en condición de pobreza en el medio urbano. Cuadernos de desarrollo humano*. México: Sedesol.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Pilar, L. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Hernanz, V. F., Malherbet, F., y Pellizzari, M. (2004). Take up welfare benefits in OECD countries: a review of the evidence. *OECD Social, employment and migration working papers*, 17. <http://dx.doi.org/10.1787/525815265414>
- Hollaway, M. (2009). *Dying old in the 21st century: A neglected issue for social work*, *International Social Work*, 52(6), 713-725.
- Hoole, F. W. (1978). *Evaluation research and development activities*. Beverly Hills: Sage Publications.
- House, E. R. (1994). *Evaluación, ética y poder*. Ediciones Morata.
- Hoyl, M. T., Valenzuela, A. E., y Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199-1204.

- Huenchuan, S. y Guzmán, J. (2006). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de población*, 83. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P4.pdf>
- Ibáñez, M. (2006, julio-diciembre). Mente-factos conceptuales como estrategia didáctico-pedagógica de los conceptos básicos de la teoría de muestreo aplicados en investigación en salud. *Rev. Cienc. Salud*, 4(2), 62-72.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. (2005). Los adultos mayores en Chihuahua: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- . (2010). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825002093>
- . (2015). Panorama sociodemográfico de México 2015. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores* (1ª ed.). México: Sedesol.
- . (2015). Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblacion_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2013). Pensión alimentaria (GODF 31-enero-2014). Recuperado de: http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/pension_alimentaria.php

- Jacinto, C., García, C., y Solla, A. (2007). *Programas sociales. lógicas desencontradas, abordajes acotados* (1ª ed.). Buenos Aires: Redetis-IIPE-UNESCO.
- Jany, E. y Nicolas, J. (2006). *Investigación integral de mercados*. Bogotá: McGraw Hill, p. 48.
- Katz, S., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsidero, J. A., Beck, J. C., y Greer, D. S. (1983). Active Life Expectancy. *N Engl J Med*, 309, 1218-1224.
- Kliklsberg, B. (1995). *Pobreza, el drama cotidiano: clave para una nueva gerencia social eficiente*. Buenos Aires: Tesis/ Norma/CLAD/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Krmpotic, C. (2002). La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal. *Scripta Ethnologica*, 24, 37-57.
- Labraña, A. M., Durán, E., Asenjo, G., Bacardí, M., y Reyes, R. (1999). Nivel de ingreso familiar y su relación con la calidad de la dieta de dos grupos de adultos mayores de 60 años de la ciudad de Concepción, Chile. *Rev Chil Nutr* 26, 301-309.
- Landero, R. y González, M. (2006) *Estadística con SPSS y Metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Lepplé, A. y Hunt, S. (1998). El problema de la calidad de vida en medicina. *Jama* (ed. esp.), 7(1), 19-23.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua. Recuperado de: <http://wwwordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Chihuahua/wo44492.pdf>
- Lodemel, I., & Trickey, H. (2001). *'An offer you can't refuse': Workfare in international perspective*. Bristol: Policy Press.
- Loesche, D., y Richter, F. (2007). Infographic. More Countries Adopt Freedom of Information Laws. Recuperado de:

- <https://www.statista.com/chart/11757/more-countries-adopt-freedom-of-information-laws/>
- Los Santos, S. F. (2002). La recreación en la tercera edad. *Revista Digital efdeportes*, 8(45). Recuperado el 12 de septiembre de 2007, de <http://www.efdeportes.com/efd45/tedad.htm>
- Loyola, E., Castillo-Salgado, C., Nájera-Aguilar, P., Vidaurre, M., Mujica, O.J., y Martínez-Piedra, R. (2002). Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panam Salud Pública*, 12(6), 415-428.
- Lozano, M., Calleja, J., Mena, R., Ramírez, E., Herrera, G., Arias, E., Medina, E., Murillo, J., Guzmán, L., Mora, C. et al. (2011). Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del proyecto encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en México. *Rev Soc Peru Med. Interna*, 24(4), 187.
- Luhmann, N. (1993). *Teoría política del Estado de bienestar*. Madrid: Alianza Editorial, p. 32.
- Mark, M. (2003). Toward a integrate view of the theory and practice of program and police evaluation. En Donaldson, S. y Scriven, M. (Ed.). *Evaluating social programs and problems*. London: Lawrence Erlbaum Acs. Publishers.
- Marshall, T. H. (1973). *Class, citizenship and social development*. New York: Double Day.
- Martín-Castilla, J. I. (2005). La administración inteligente: Un modelo de administración pública orientada al servicio del ciudadano. *Auditoría Pública*, 36, 47-60.
- Martínez, C. (1998) La teoría de la evaluación de programas. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 1, 73-92.
- Martínez, J. (2000). *El destino de las naciones*. Barcelona: Ariel.
- Martínez, J., Onis, M.C., Dueñas, R., Aguado, C., Albert, C., y Arias, M. C. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación

- a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten. Prim.*, 35, 14-21.
- Matos, Ruth. (2005) "Una propuesta para la evaluación de programas sociales: Lineamientos Generales". *Revista Gaceta Laboral*, núm. 1, vol. 11, 2005, pp. 95-118.
- Mayo, Elton (1924). The basis of industrial psychology. *Bulletin of the Taylor Society*, 9, 249-259
- . (2005) Una propuesta para la evaluación de programas sociales: Lineamientos Generales. *Revista Gaceta Laboral*, 11 (1), 95-118.
- McGraw, S. A., Sellers, D. E., Johnson, C. C., Stone, E. J., Bachman, K. J., Bebchuk, J., Luepker, R.V., y Edmundson, E. W. (1996). Using process data to explain outcomes. An Illustration From the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH) *Evaluation Review*, 20 (3), 291-312.
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública México*, 49(ssupl 4), s475-s481.
- Mendoza, P. S., Muñoz, P. M., Merino, J.M., y Barriga, O. A. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica de Chile*, 134(1), 65-71.
- Meza, A. (2008) *Evaluación de programas y proyectos sociales mediante la investigación diagnóstica*. México: UNAM.
- Michalopoulos, C. y Berlin, G. (2001). Financial work incentives for low-wage workers. En R. Blank y R. Haskins (Eds.). *The New World of Welfare*. Washington, D. C.: R. R. Donnelley and Sons.
- Montero, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y salud en Mesoamérica. *Revista electrónica*, 1(2). Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

- Montón C., Pérez-Echevarría M. J., Campos, R., García-Campayo, J. *et al.* (1993). Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 12(6), 345-349
- Moreno, G. (2008). La reformulación del Estado del bienestar: el *workfare*, las políticas activas de empleo y las rentas mínimas. *Ekainia*, 43, 143-154.
- Moreno, L. (2001). *Estado del bienestar y mallas de seguridad*. Madrid: CSIC.
- Muñoz, C. A. (1998). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Pearson Educación.
- Mulas-Granados, C. (2010). *El estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de bienestar en Europa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Myles, J., y Quadagno, J. (2002). Political Theories of the Welfare State. *Social Service Review*, 76 (1), 34-57.
- Namakforoosh, M.N. (2000). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Limusa.
- Navarro, J. A. (2004). *Introducción al diseño y análisis del muestreo de poblaciones finitas. Técnicas de muestreo para manejadores de recursos naturales*. México: UNAM/Universidad Autónoma de Yucatán/Conacyt/Instituto Nacional de Ecología, pp. 19-69.
- Nieto, M. L. y Alonso, L. M. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte*, 23 (2), 292-301.
- Nina, E. (2008). Modelos de Evaluación de Políticas y Programas Sociales en Colombia. *Pap. Polit.*, 13(2), 449-471.
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Buenos Aires: Paidós.

- O'Boyle, C. (1994). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life (SEIQoL)*. *Internacional Journal of Mental Health*, 23 (3), 3-23.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1996). *Programa de Análisis de Situación de Salud (SHA)*. *Situación de salud en las américas*. Indicadores Básicos. PAHO/HDP/sha/95.03
- . (2002). *Sistemas de información geográfica en salud. Conceptos básicos*. Washington, D.C.: OPS. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
- . (2015). *Envejecimiento y cambios demográficos*. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es
- Orozco, M. y Hubert, C. (2005). *La focalización en el programa de desarrollo humano Oportunidades de México* (Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social, 531). Washington, D. C.: The World Bank.
- Orviz, S. y Lemar, M.I. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9(1), 117-126.
- Parada, J. (2007). Sociedad y evaluación de programas sociales en el realismo crítico: una visión crítica. *Investigación y Desarrollo*, 15(1), 170-207.
- Patrick, D. y Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Pawson, R. y Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Pazos, L. S. (2002). *La evaluación de programas sociales en el Estado liberal*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa.

- Peláez, M. y Palloni, A. (2002). La salud en el envejecimiento: agenda de investigación para América Latina y el Caribe. En T. A. Engler y M. Peláez (Eds.). *Más vale por viejo*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Periódico Oficial del Estado de Chihuahua (2013). Folleto Anexo. Reglas de operación de diversos programas de la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Chihuahua (Chihuahua, Chih., miércoles 6 de marzo de 2013, No. 19). http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/principal/canales/Adjuntos/CN_14083CC_28295/ANEXO%20019-2013%20REGLAS%20DESARROLLO%20SOCIAL.pdf
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J. C., y Rabins, P. (2001, diciembre). Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*, 58(12), 1985-1992.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-441.
- Picado, X. (2002). Criterios para realizar evaluaciones de calidad. *Ciencias Sociales* 97, 9-16.
- Pico, J. (1999). *Teorías sobre el Estado de bienestar*. Madrid: Siglo XXI.
- Poblete, L. (2008). La burocratización de las políticas sociales. La administración de los programas alimentarios en la Argentina rural. *Perfiles Latinoamericanos*, 131, 151-168.
- Remick, R. A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*, 167, 1253-1260.
- Repetto, F. (2002). *Articulación de programas focalizados: ¿Un desafío imposible de lograr?* Recuperado de faculty.udea.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt66.pdf

- Rigler, S. K.; Studenski, S., y Duncan, P. W. (1995). Pharmacologic treatment of geriatric depression: Key issues in interpreting the evidence. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 46, 106-110.
- Robinson, F. T. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: Revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14 (4), 207-222.
- Robson, P. (Eds). (1993). *Transnational corporations and regional economic integration*. (volumen 9). Taylor & Francis.
- Rossi, P. H. y Freeman, H. E. (1982). *Evaluation a systematic approach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, p. 20.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., y Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Rubio, G. y Garfias, F. (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México* (Serie Políticas Sociales). Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas.
- Rucci, P., Rossi, A., Mauri, M., Maina, G., Pieraccini, F., y Pallanti, S. (2007). Validity and reliability of quality of life, enjoyment and satisfaction questionnaire, short form. *Epidemiology Psychiatry Society*, 16, 79-89.
- Ruthman, L. (1977). *Planing useful evaluations. Evaluability assessment*. Baberly Hills.
- Ryan, K. y DeStefano, L. (Eds.). (2000). *Evaluation as a democratic process: Promoting inclusion, dialogue, and deliberation* (New Directions in Program Evaluation, 85). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sainz-Aceves K. G., Chávez-Ureña B. E., Días-Contreras M. E., Sandoval-Magaña M. A. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atem. Fam.* 20(1):25-27
- Salas, C., y Garzón, M. (2013). *La noción de calidad de vida y su medición*. CES Salud Pública, 4, 36-46.

- Salvador, E., Florindo, A. A., Reis, R. S., y Costa, E. F. (2009). Percepción del ambiente y práctica de actividad física en el ocio de los ancianos. *Revista de Salud Pública*, 43 (6), 972-980.
- Sandoval Ballesteros, I. E. (2008). *Leyes de acceso a la información en el mundo*. México: Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
- Sawatzky, D. L., Raines, G.L., Bonham-Carter, G. F., y Looney, C. G. (2008). Spatial Data Modeller (SDM): ArcMAP 9.2 geoprocessing tools for spatial data modelling using weights of evidence, logistic regression, fuzzy logic and neural networks. arcscrippts.esri.com/details.asp.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Scoppetta, O. (2006). Discusión sobre la evaluación del impacto de Programas y Proyectos Sociales en Salud Pública. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5(3), 695-703.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol). (2018). Analisis prospectivo de la población de 60 años de edad y en adelante. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 11(5-6), 302-309.
- . (2003, junio). La economía política de la focalización. *Comercio Exterior*, 53(6), 555-562.
- Servicio Nacional para el Adulto Mayor de Chile. (2013). *Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBS-Vejez)*. Superintendencia de Pensiones. Recuperado de <http://www.spen-siones.cl/portal/orientacion/580/w3-article-5784.html>

- Schumaker, S. A. y Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En S. A. Shumaker y R. A. Berzon (Eds.). *The International Assessment of Health Related Quality of Life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. (pp. 3-10). New York: Rapid Communication.
- Solarte Rodríguez, M. R. (2002). *Moral y ética de lo público*. CEJA.
- Soto, D., Gaete, M. C., Cariaga, L., Peña, E., Cancino, E., y Blanco, A. (1993). Características epidemiológicas y nutricionales del adulto mayor. *Rev. Méd. Chile*, 121, 209-215.
- Stiglitz, J. (2009). *El retorno triunfante de John Maynard Keynes*. Caracas: Ciencias Sociales.
- Svampa, M. (2005). *La sociedad excluyente: la Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Taurus.
- Szekely, M. (2005). *Desmitificación y nuevos mitos sobre la pobreza*. México: Sedesol.
- Suchman, E. (1967). *Evaluative Research*. New York: Russell Sage Foundation.
- . (1977). Evaluating educational programs. *Readings in evaluation research*, 43-48.
- Takata, Y. (2010) Quality of life and physical fitness in an 85 years old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 272-276.
- Tejedor, F. J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 319-339.
- Testa, M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med March*, 334(13), 835-840.
- Tolosa, E., Bermejo, F., y Boller, F. (1991). *Dementia senil: nuevas perspectivas y tendencias terapéuticas*. Barcelona: Springer Verlag Ibérica, pp. 1-163.

- United Nations. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/>
- Valdés, Pedro. (2008). "Perfil del estado de salud de las personas adultas mayores en unidades territoriales de muy alta y alta marginación del Distrito Federal. Red Ángel". México, D. F., pp. 12-20.
- Valencia, M. (2005, julio-diciembre). El capital humano, otro activo de su empresa. *Entramado*, 1(2), 20-33.
- Vara-Horna, A. (2007). *La evaluación del impacto de los programas sociales. Fundamentos teóricos y metodológicos y aplicación del caso peruano*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 44, 349-361.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J. E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L. Z., y Garry, P. (2006, noviembre-diciembre). Overview of the MNA-Its history and challenges. *J. Nutr. Health Aging*, 10(6), 456-465.
- Vera, M. (2007, septiembre). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. *An. Fac. Med.*, 68(3), 284-290.
- Villarespe, V. (2002). *Pobreza: teoría e historia*. México: UNAM.
- Vives, S. S., y Muñoz, R. (2007). *El Estado del bienestar en la encrucijada*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Waddan, A. (2003). Redesigning the Welfare Contract in Theory and Practice: Just what is going in the USA. *Journal of Social Policy*, 32(1), 19-35.
- Weiss, C. H. (1982). *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción social*. México: Trillas.
- . (1972). *Evaluation research: Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Weiss, T. G. (2004). The sunset of humanitarian intervention? The responsibility to protect in a unipolar era. *Security dialogue*, 35(2), 135-153.
- Wong, R., Espinoza, M., y Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(4), 436-447.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care* 2000, 38(2), 130-135.
- Yang, Y. (2010). Social Security for China's rural aged: a proposal based on a universal non contributory pension. *International Journal of Welfare*, 19(2), 236-245.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J. Psychiatr Res.*, 17, 37-49.
- Zúñiga, E., García, J. E., y Partida, V. (2003). *La situación demográfica de México 2003: Mortalidad de la población de 60 años o más*. México: Consejo Nacional de Población, pp. 143-153.

