

MODELO DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADO EN LA PERSONA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

Proyecto Terminal Profesional para obtener el grado de:

**Maestro en Salud Pública con área de concentración en
Administración en Salud**

Rodolfo Miguel Carrillo Torres

rodolfocmt92@hotmail.com

(044) 55 41 85 64 26

Maestría en Salud Pública
Área de concentración en Administración en Salud
Generación 2011-2013

Comité de Proyecto Terminal Profesional:

Directora

Dra. María Guadalupe Ruelas González

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Asesora

Mtra. Rosaura Atrisco Olivos

Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría Académica.

Sinodal

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Cuernavaca, Morelos. Febrero del año 2014.

Índice de Contenido

	Pág.
Introducción	1
Marco Conceptual	4
• Modelos de atención	4
• Atención centrada en la persona	5
• Medicina centrada en el paciente	5
• Atención centrada en la persona adulta mayor	6
• Envejecimiento activo	6
• Envejecimiento saludable	7
• Gerontología comunitaria	7
• Nuevos y viejos desafíos de la atención a la persona adulta mayor	7
• Modelo de atención gerontológica centrado en la persona (MAGCP)	8
• Implementación del MAGCP en México	8
Planteamiento del Problema	9
Justificación	10
Objetivos	
• Objetivo general	12
• Objetivos específicos	12
Metodología	
I. Revisión documental	12
II. Trabajo de campo	13
III. Diseño del modelo	13
Resultados Esperados y Aportes del Estudio	14
Consideraciones Éticas	14
Recursos Materiales y Financiamiento	14
Resultados	
I. Revisión documental	15
<i>A. Antecedentes y evolución de la atención de las personas adultas mayores en México</i>	15
• Primeros registros del envejecimiento en México	15
- Tercer censo de población de los Estados Unidos Mexicanos	

- Censo general de habitantes de 1921 - Longevidad en el Distrito Federal	
• Características de la población adulta mayor a principios del siglo XX	18
- Mortalidad y envejecimiento - Esperanza de vida - Seguridad social y pensiones - Políticas de población en México	
• Evolución de la atención de las personas adultas mayores en México	23
- Primera etapa: 1976-1982 - Segunda etapa: 1983-1988 - Tercera etapa 1989-2000 - Cuarta etapa 2001-2006 - Quinta etapa 2007-2012	
<i>B. Características sociodemográficas y perfil de salud de las personas adultas mayores en México</i>	27
• Características sociodemográficas	27
• Perfil de salud	28
- Síndromes geriátricos y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	
<i>C. Recursos y marco normativo de la atención en salud de las personas adultas mayores en México</i>	31
• Recursos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria	31
- Financieros - Materiales - Humanos	
• Marco normativo de la atención en salud de las personas adultas mayores	32
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos/ Ley General de Salud - Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (D.O.F. 25/junio/2002)	

- Ley General para la igualdad entre mujeres y hombres (D.O.F. 2/agosto/2006)	
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	
- Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas	
- Reglamentos	
- Normas Oficiales Mexicanas	
<i>D. Modelos de atención utilizados actualmente</i>	35
• Servicios Estatales de Salud (SES)	35
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	35
• Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	37
• Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)	39
II. Trabajo de campo	44
A. Resultados del análisis de entrevistas	44
B. Análisis de resultados	45
III. Diseño del modelo	53
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Limitaciones del Estudio	60
Bibliografía	61
Anexos	66
1. Cronograma de actividades	66
2. Guía de entrevista	67
3. Carta de consentimiento informado	69
4. Entrevistas	
4.1 SES - Subdirectora de Atención al Envejecimiento	71
4.2 ISSSTE - Jefa del Departamento de Programas para Enfermedades Crónicas Degenerativas	74
4.3 IMSS - Directora del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores	77
4.4 INAPAM - Director de Atención Geriátrica	80
5. Organización de la información	83
6. Profesiograma del personal básico del MAGCP	90

Índice de Cuadros

	Pág.
I. Principales causas de morbilidad en personas adultas mayores 2009	29
II. Recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en el IMSS	39
III. Recursos humanos disponibles según modelo de atención INAPAM	43
IV. Principios y criterios de intervención de la atención centrada en la persona	53

Índice de Figuras

	Pág.
1. Pirámide poblacional de la Unión Europea 1999-2010	2
2. Pirámide poblacional de América Latina 1950-2050	3
3. Pirámide poblacional de México 1970-2050	3
4. Tasas brutas de mortalidad general	20
5. Esperanza de vida al nacer por sexo	21
6. Prevalencia de síndromes geriátricos en población de 60 años y más	30
7. Principios del modelo de atención gerontológico centrado en la persona	54
8. Características del modelo de atención gerontológico centrado en la persona	56
9. Propuesta de modelo de atención gerontológico centrado en la persona para unidades de atención ambulatoria en México	57

La población del mundo envejece rápidamente, lo cual es para resaltar, ya que este fenómeno evidencia que se han logrado adelantos contra las enfermedades de la infancia, la mortalidad materna y el control de la fecundidad ¹, incrementando la demanda de atención, cuidados profesionales, sociales y sanitarios, para hacer frente a las necesidades de atención de la persona adulta mayor, lo que ha generado desde hace años la necesidad de reformular los sistemas de financiamiento, gestión y distribución de recursos destinados a este grupo de la población. ²

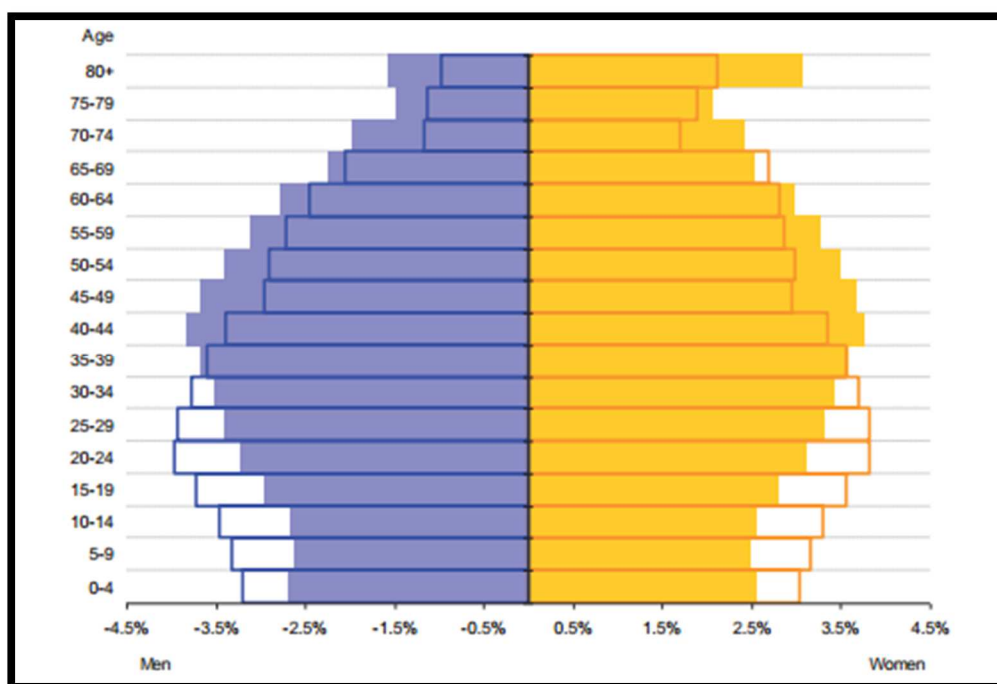
La Organización Mundial de la Salud reporta que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. ³

Los cambios demográficos por los que atraviesan los países de ingresos bajos y medios se están produciendo mucho más rápidamente que en el caso de Europa y América del Norte, según datos reportados por la oficina de estadística de la Comisión Europea (EUROSTAT) entre 1990 y 2010, la población total de la Unión Europea de 65 años o más aumentó un 3.7%, representando el 17.4% de la población total en el año 2010, esto debido a una disminución de 5.4% en la proporción de las personas más jóvenes (0-19 años) ⁴, lo que se traduce en un aumento en la esperanza de vida así como de la edad media de la población, pasando de 35.2 a 40.9 años en el año 2010 (Figura 1).

En la Región de las Américas (Figura 2) en el año 2010 la población de 60 años y más alcanzó el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, y 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años ⁵, en comparación con el año 1999 donde representaba el 9.53%.

Este marcado aumento de la población de 60 años y más de edad respecto a la población menor de 15 años, no se presenta con igual magnitud y ritmo en toda la región. En el 2010, países como Canadá, Cuba, Puerto Rico y Martinica tuvieron índices de envejecimiento alrededor de 100, mientras que países como Haití, Belice, Honduras y Guatemala tuvieron índices de envejecimiento alrededor de 16 personas adultas mayores por cada 100 niños. ⁵

Figura 1. Pirámide poblacional de la Unión Europea 1999-2010.

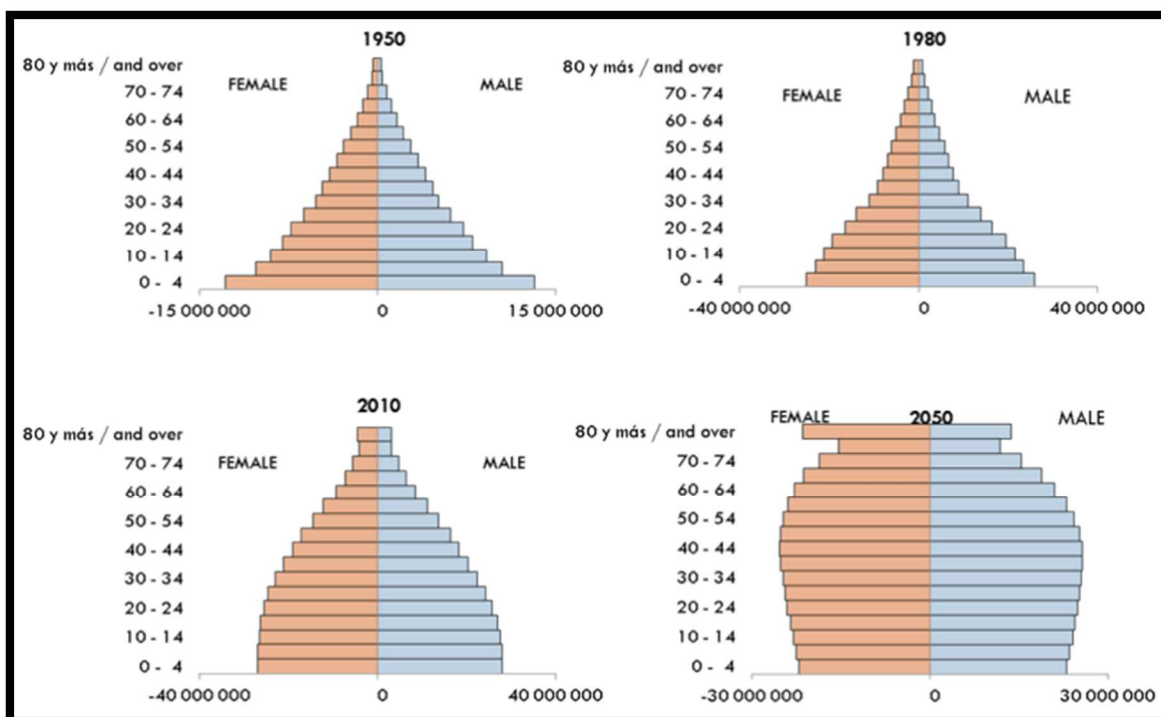


Fuente: Demography Report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, cuyo proceso se aproxima al final. Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2000 la pirámide poblacional estaba abultada en el centro (Figura 3), lo que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y productivas, teniendo una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad. En el año 2000, sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años de edad y cerca de 60 por ciento tenía entre 15 y 59 años.⁶

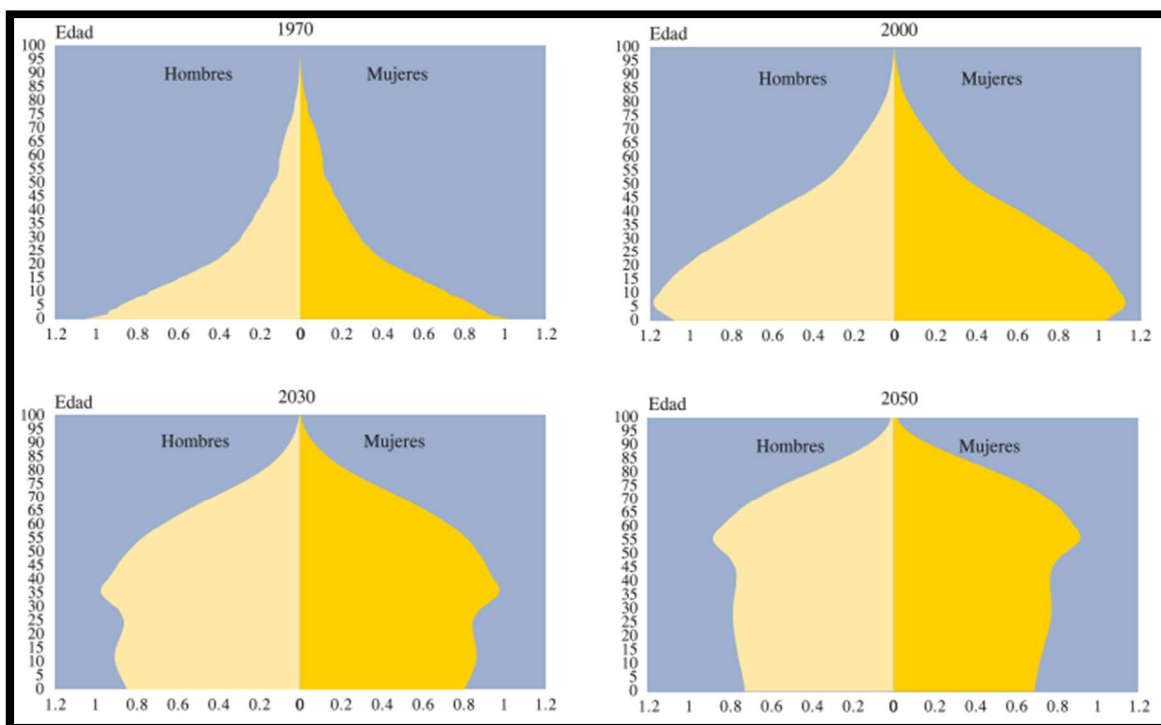
En México la población de personas adultas mayores incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. Esta brecha en las tasas de crecimiento se ampliará aún más en los años por venir, pues la tasa de crecimiento de las personas adultas mayores pasará de 3.5% a 4.3%, mientras que la tasa de crecimiento de la población total continuará su descenso de 1.3% a 0.7% en el mismo período. A partir del año 2020 se estima que habrá una disminución en el ritmo de crecimiento de la población de personas adultas mayores, aunque seguirá siendo mucho mayor al de la población total del país.

Figura 2. Pirámide poblacional de América Latina 1950-2050.



Fuente: Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. OPS, 2012.

Figura 3. Pirámide poblacional de México 1970-2050.



Fuente: Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI. Consejo Nacional de Población, 2004.

En el año 2011 el 9.7% de la población total de México eran personas adultas mayores con una esperanza de vida promedio de 77.07 años a diferencia de 1999 que era de 74.01 años.⁷

Estos cambios demográficos que presenta la población mundial en la actualidad requieren del desarrollo de políticas que aseguren un envejecimiento saludable mediante la implementación de programas de salud, reformas en los sistemas de pensiones y formación de capital humano especializado.⁸

Marco Conceptual

Modelos de atención

Los modelos de atención corresponden a la forma de organización que permite desarrollar el proceso de atención a la salud, cuyo principal fin es cubrir las necesidades reales del paciente.

En México se han observado diversos problemas con el proceso de atención en salud actual, por ejemplo:⁹

- a) Existe una clara deficiencia en el modelo de atención con enfoque biologicista, en el cual la atención no se encuentra centrada en el paciente sino en la enfermedad.
- b) Aumento en la capacidad de comparación de la calidad de los servicios demandados por parte de los pacientes.
- c) Incumplimiento del objetivo principal del Sistema de Salud Mexicano, mejorar el estado de salud de la población.
- d) Falta de coordinación y articulación de los prestadores de servicios de salud en todos los niveles.

Por ello se debe de considerar seriamente la implementación de un nuevo modelo de atención a la salud que contemple los cambios sociales y demográficos a los que nos enfrentamos actualmente, favoreciendo así el desarrollo de políticas públicas que den prioridad a los derechos de los pacientes.

La implementación de un nuevo modelo de atención en salud requiere no solo de un cambio en el diseño y planificación de los servicios, planes y programas a desarrollar, sino también un cambio de paradigma en lo que corresponde al desarrollo de la práctica médica.

Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona se define como aquella en la cual se reconoce el papel central del individuo en su atención. Partiendo del hecho de que cada individuo posee en sí mismo medios para la auto comprensión, para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento auto dirigido. Estas cualidades inherentes del individuo le brindan libertad y responsabilidad sobre el proceso de atención, volviéndolo un agente activo capaz de ejercer el control sobre los asuntos que le afectan.¹⁰

Medicina centrada en el paciente

En salud los modelos centrados en la persona ponen al usuario en el centro del proceso de atención, dejando de lado otros intereses como son los de la organización o los de los profesionales, los cuales en ocasiones colocan en un segundo término a los usuarios.

La medicina centrada en el paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista, ampliando el marco de la medicina centrada en la enfermedad, más que presentándole oposición.

Este concepto fue acuñado por Balint y un grupo de médicos en Gran Bretaña en 1950. Este grupo de médicos propuso un método de atención que comprendía no solo la enfermedad, sino además las circunstancias sociales y psicológicas de los pacientes. De acuerdo a esta propuesta se esperaba que las decisiones del médico se basaran en las necesidades específicas del paciente visto de forma individual desde un enfoque integral y no solo de la enfermedad.¹¹

Por lo tanto el modelo de atención en salud centrado en la persona debe de ser respetuoso, responsable y dirigido a las preferencias y necesidades específicas de cada paciente las cuales pueden variar de preventivas a terminales, o de enfermedades agudas a crónicas.¹²

Atención centrada en la persona adulta mayor

La atención de la persona adulta mayor desde una perspectiva de atención centrada en la persona busca la promoción del “envejecimiento activo”, basado en tres pilares fundamentales: salud, seguridad y participación.¹² Para esto se tiene dos objetivos principales: 1) modificar la percepción social del modo en que la sociedad se relaciona con sus personas adultas mayores y 2) el cambio de la estructura de las instituciones que ofrecen servicios de atención a las personas adultas mayores.¹³

La percepción social del trato y atención a la persona adulta mayor se modifica cuando las personas adultas mayores son reinsertadas en la sociedad en lugar de ser excluidos y aislados. Por otra parte es necesario un cambio en el enfoque de atención de la persona adulta mayor, actualmente basado en un modelo de salud-enfermedad, hacia la atención integral y satisfacción de las necesidades de la persona adulta mayor, logrando con esto, recobrar hasta donde sea posible la autonomía de su vida.

En cumplimiento con los objetivos antes mencionados, el modelo de atención centrado en la persona adulta mayor se define como un modelo de atención en el cual cada paciente tiene una relación personal con su médico, el cual es responsable de guiar a un equipo multidisciplinario para subsanar las necesidades en atención que requiera desde un enfoque biopsicosocial.¹⁴

Envejecimiento activo

La Organización Mundial de la Salud define al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.¹⁵

El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad, y permite a las personas alcanzar el máximo bienestar físico, mental, emocional y social posible a lo largo de todo el ciclo vital. Lo que le permite tener un rol activo en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando los requieren.

El envejecimiento activo debe tener un enfoque preventivo que incluya a todos los grupos de edad y abarque toda la población de personas adultas mayores, incluyendo a los frágiles y dependientes.¹⁶

Envejecimiento saludable

Es el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que les permiten lograr el máximo bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales.¹⁷

Gerontología comunitaria

Es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan alcanzar el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento en su entorno social y comunitario, con participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores.¹⁸

Nuevos y viejos desafíos de la atención a la persona adulta mayor

Los primeros obedecen a cambios en la demanda, que requieren de nuevas prestaciones y tratamientos.

Los segundos, reflejan las carencias históricas en materia de equidad de acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros, y los problemas de articulación de los niveles de atención del sistema de salud y de subsectores públicos y privados.¹⁹

Basados en lo anterior debemos tomar en cuenta las siguientes pautas operativas para el diseño de un modelo integral de atención a la persona adulta mayor:

1. Accesibilidad
2. Centrado en la persona
3. Coordinado
4. Responsabilidad compartida
5. Equidad y sustentabilidad
6. Calidad²⁰

Modelo de atención gerontológica centrado en la persona (MAGCP)

En respuesta a los desafíos de la atención de la persona adulta mayor se propuso en año 2011 en España una guía para la implementación de un modelo de atención gerontológica centrado en la persona (MAGCP).

La atención gerontológica centrada en la persona como modelo, parte del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autonomía y la mayor independencia posible de las personas adultas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.²¹

El MAGCP integra y desarrolla cuatro elementos: a) *Los principios rectores*, los cuales orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos, b) *Los asuntos importantes y consideraciones* en que se concretan los principios rectores en relación con los agentes y contextos de intervención cotidiana, c) *Las opciones metodológicas*, estrategias, técnicas e instrumentos de intervención acordes a los principios y consideraciones y d) *Las pautas y contenidos para la buena praxis*, incluyendo la identificación de los riesgos en el día a día.²²

Implementación del MAGCP en México

El envejecimiento poblacional en México es resultado del éxito de las políticas públicas en materia de salud y del desarrollo socioeconómico. Lo que a su vez plantea el reto de garantizar un buen estado de salud, inclusión y participación social de este grupo etario.

Las asambleas internacionales sobre el envejecimiento, realizadas en Austria (1982) y España (2002) en las cuales se originaron los planes de acción internacional sobre el envejecimiento, mencionan que es trascendental la intensificación de estrategias que ayuden a la persona adulta mayor a mantenerse independientes y a permanecer en sus ámbitos familiar y comunitario.²³

Relacionada a las propuestas internacionales, la política gerontológica que México ha desarrollado considera que la población envejezca con seguridad y dignidad ejerciendo en todo momento sus derechos.

Acorde a esto, se debe de diseñar, adaptar e implementar modelos de atención innovadores que den respuesta a las crecientes necesidades de la población mayor de sesenta años. Por lo que es necesaria una transición de modelos clínicos centrados en el asistencialismo a modelos de atención gerontológica centrados en la persona. Permitiendo con esto el desarrollo e implementación sistemática de estrategias que logren el empoderamiento de las personas adultas mayores.

Planteamiento del Problema

El envejecimiento de la población en México es uno de los retos más importantes que enfrentará el país durante la primera mitad de este siglo. En poco tiempo la población mayor de 60 años aumentará respecto a otros grupos de edad, lo que implica cambios en la demanda de bienes y servicios, de salud, de seguridad social y de relaciones familiares. Esta transición demográfica en la que se encuentra el país exige la adaptación y transformación de los sistemas de atención en salud para que sean capaces de dar respuesta a las crecientes necesidades de este grupo etario.

En México la atención en salud de la persona adulta mayor ha tenido un enfoque curativo y biologicista, centrada en el servicio y no en la persona, en donde las personas adultas mayores tienen acceso a los servicios al igual que el resto de los grupos de población, a través del sistema de salud formado por las instituciones de seguridad social, los servicios estatales de salud y el sector privado.

Este modelo actual de atención de la persona adulta mayor ha demostrado deficiencias importantes ya que no toma en cuenta los cambios sociales a los que se enfrenta este grupo etario, dando como resultado una baja cobertura de las necesidades sociales así como el incumplimiento de las expectativas acerca de la atención por parte de los usuarios. La falta de acciones de promoción y prevención de la salud en las afecciones geriátricas en las unidades de atención ambulatoria, aunado a la falta de políticas públicas de atención al envejecimiento en las que la persona adulta mayor participe activamente en la construcción de las soluciones de sus problemáticas y necesidades, contribuyen al incremento del gasto de atención en salud tanto a nivel individual como institucional.

En México no existen programas de atención gerontológica y los programas geriátricos destinados a la atención de la persona adulta mayor tienen un enfoque asistencialista, centrado en la resolución de las necesidades, principalmente de salud, lo que fomenta la dependencia de la persona adulta mayor y relega la participación social.

Por lo anterior, es claro que en México resulta indispensable comenzar la planeación de nuevas estrategias de atención para las personas adultas mayores. Tomando en cuenta las características, necesidades y el contexto económico, político y social en el que se desarrolla este grupo etario, por lo que es necesario diseñar estrategias con un enfoque biopsicosocial que puedan dar atención tanto a personas adultas mayores que están sanas, como a aquellas que presentan cuadros de comorbilidad, enfermedad, discapacidad y/o dependencia.

Bajo esta nueva perspectiva de atención, una opción para la atención de la persona adulta mayor es la implementación de un modelo de atención gerontológica centrado en la persona, el cual busca que la persona adulta mayor participe activamente en el cuidado y mantenimiento de su salud, basado en una atención individualizada según las necesidades de cada persona.

Justificación

En el contexto mundial, en el año 2010, el porcentaje de personas de 60 años y más era de 600 millones. Se estima que esta cifra hacia el año 2025 se duplicará y hacia el año 2050 llegará a casi dos mil millones, de los cuales la gran mayoría radica en países en vías de desarrollo.²⁴

En el año 2010, México contaba con 10 millones de personas adultas mayores que representaban el 9.06% de la población total. En la actualidad, las proyecciones indican que las personas adultas mayores llegarán a 36.2 millones para el año 2050, estimando que para ese año el proceso de envejecimiento habrá culminado y aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años.²⁵ Este proceso de transición demográfica tan acelerado en el que se encuentra México, ha tenido como resultado la modificación del perfil epidemiológico, aumentando la prevalencia e incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.²⁶

Bajo este panorama y de mantenerse los patrones actuales de utilización de servicios, pronto enfrentaremos una insuficiencia de infraestructura y capacidad asistencial. Por lo que los servicios de salud deberán prepararse para dar respuesta a las crecientes necesidades sociales y asistenciales de este grupo etario. Para esto se deberá cambiar el paradigma bajo el que se rige actualmente la atención de las personas adultas mayores, analizando estrategias de atención centradas en la persona y no en el servicio. Una opción es el diseño e implementación de un modelo de atención gerontológica centrado en la persona, el cual se basa en la autonomía personal y en la participación activa de la persona adulta mayor en el cuidado y mantenimiento de su salud.

En el modelo de atención gerontológica centrado en la persona los servicios de salud actúan como facilitadores que proporcionan a la persona adulta mayor las herramientas necesarias para la adopción, adecuación y fortalecimiento de estilos de vida que les permita lograr el máximo bienestar, calidad de vida y salud a través de estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión. Este modelo de atención ya ha sido implementado en países desarrollados y en vías de desarrollo demostrando mejores resultados que los modelos de atención centrados en el servicio. Por lo que, de acuerdo con los objetivos establecidos en la reestructuración organizativa de los Servicios Estatales de Salud, se propone como una posible alternativa para la atención de este grupo etario en nuestro país.

La implementación de este modelo de atención gerontológica centrado en la persona en las unidades de atención ambulatoria en México, además de tener un impacto positivo en el proceso de atención de la persona adulta mayor, busca mejorar la organización y coordinación de los servicios de salud, así como, optimizar la utilización de los recursos disponibles. Lo que asegurará la viabilidad y calidad de la atención de la persona adulta mayor en México.

Objetivo General

- Diseñar un modelo de atención gerontológica centrado en la persona que se adapte a las características de las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México.

Objetivos Específicos

- Analizar los resultados de los modelos de atención en salud para las personas adultas mayores en México en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud.
- Identificar los subprocesos que contribuyan al diseño de un modelo de atención gerontológica centrado en la persona en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México.

Metodología

La estrategia metodológica que se utilizara para la integración del modelo de atención gerontológica centrado en la persona para los Servicios Estatales de Salud en México comprende tres fases:

I. Revisión Documental

La primera fase comprenderá una revisión bibliográfica exhaustiva de:

- Los antecedentes y evolución de la atención de las personas adultas mayores en México.
- Características sociodemográficas de las personas adultas mayores en México.
- Perfil de salud de las personas adultas mayores en México.

- Recursos y marco normativo de la atención en salud de las personas adultas mayores en México.
- Modelos de atención utilizados actualmente en México.

II. Trabajo de campo

La segunda fase del proyecto contempla dos actividades, la primera consistirá en la realización de entrevistas semi estructuradas (Anexo 2) a tomadores de decisiones y actores clave de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas adultas mayores.

SES	Subdirectora de Atención al Envejecimiento
ISSSTE	Jefa del Departamento de Programas para Enfermedades Crónico Degenerativas
IMSS	Directora del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores
INAPAM	Director de Atención Geriátrica

La segunda actividad comprende un análisis cualitativo de la información obtenida en las entrevistas, identificando los subprocesos de la atención a las personas adultas mayores en México que faciliten e impidan la implementación del modelo de atención gerontológica centrado en la persona en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México.

III. Diseño del Modelo

Finalmente se construirá un modelo de atención gerontológica centrado en la persona para las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México con los resultados obtenidos de las diferentes revisiones y análisis realizados.

Resultados Esperados y Aportes del Estudio

Entre los principales resultados que se esperan de este estudio se encuentran:

- Diseñar un MAGCP capaz de desarrollar servicios de calidad para las personas adultas mayores, que subsane las necesidades biopsicosociales de este grupo etario en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México.
- Proponer recomendaciones y estrategias para la implementación del MAGCP en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios de Salud en México.

Consideraciones Éticas

Toda entrevista se realizara previo consentimiento informado (Anexo 3), aclarando el propósito de la misma a cada uno de los participantes.

Este proyecto no involucra experimentación con personas o animales de forma directa o indirecta, ni requiere de la manipulación de microorganismos patógenos, material biológico, isótopos radioactivos o generadores de radiaciones ionizantes o electromagnéticas.

Recursos Materiales y Financiamiento

Este proyecto no requiere de recursos materiales especiales, ni de financiamiento externo.

I. Revisión Documental

A. *Antecedentes y evolución de la atención de las personas adultas mayores en México*

- Primeros registros del envejecimiento en México

Para entender el contexto en el que se desarrollaron las personas adultas mayores en la primera mitad del siglo XX, es fundamental identificar la relevancia que tenía este grupo etario en México.

Para esto se deben analizar fuentes que directa o indirectamente nos aporten datos sobre las personas adultas mayores en la primera mitad del siglo XX. Iniciaremos analizando los censos de población realizados en 1910 y 1921.

- Tercer censo de población de los Estados Unidos Mexicanos

El Tercer Censo de Población se realizó en 1910 por la Dirección de Estadística. Siendo este censo, el último generado por esta institución, debido a su disolución en ese mismo año por el inicio de la Revolución Mexicana. Esta dependencia pertenecía a la Secretaría de Agricultura y Fomento y tenía como director a Salvador Echegaray.²⁷

Este censo fue el último de los tres censos de población que se realizaron durante el gobierno porfirista (1895, 1900 y 1910) y muestra estadísticas referentes al territorio, sexo, edad, lugar de nacimiento, residencia, idioma, instrucción, religión, ocupaciones, defectos físicos y mentales.²⁷

La explicación de los resultados de este censo fueron presentados y difundidos por primera vez mediante artículos breves (Titulados I, II y III); el primero mostraba datos generales, sexos, edades e idiomas; el segundo comprendía instrucción, religión, nacionalidad y ocupaciones; y el tercero estado civil, habitaciones, residencia y defectos físicos.

Los resultados obtenidos de este censo formaron parte de un documento titulado "Las Estadísticas Sociales del Porfiriato 1877 – 1910" publicado en 1956 por la Secretaría de Economía. Aunque en realidad estos tres censos (1895, 1900 y 1910) solo representaban los últimos 15 años de esta época histórica.²⁸

El censo de 1910 utiliza diferentes clasificaciones según su edad, lo que representa una innovación con respecto a los censos anteriores, ya que no solo utiliza la clasificación estándar y nacional, sino que agrega la clasificación Internacional y Korosy, utilizada en el siglo XX para definir los diferentes grupos etarios, lo que ayuda a saber el porcentaje de la población de 60 años y más.²⁷

En 1910 el porcentaje de personas adultas mayores en México era de 3.37% a diferencia de 1900 que había sido de 3.19%. Aunque se puede observar un incremento discreto en el porcentaje de personas adultas mayores de más de 60 años, el porcentaje que representaba de la población total no era del todo significativo. Lo que restaba importancia a las necesidades específicas de este grupo de etario por el gobierno.²⁷

Los estados con mayor porcentaje de personas adultas mayores en 1910 eran Jalisco, Guanajuato y Veracruz, debido a la mayor concentración poblacional que presentaban; cabe destacar que el Distrito Federal no figura entre los estados con mayor porcentaje de personas adultas mayores. Entre las principales deficiencias de este censo podemos mencionar la falta de información que especifique si el predominio de personas adultas mayores es rural o urbano.²⁷

En este censo se establece el panorama de las personas adultas mayores al final del porfiriato y justo antes del inicio de la Revolución Mexicana, el mayor movimiento social del país en la primera mitad del siglo XX.

- Censo general de habitantes de 1921

En 1921 el Censo se realizó por mandato del presidente Álvaro Obregón (1920-1924) y corrió a cargo del Departamento de la Estadística Nacional. Este censo tuvo como principal limitante la falta de presupuesto debido a la precaria situación por la que atravesaba el gobierno posterior a la revolución.²⁹

Se encuentra dividido en tres partes, la primera muestra datos geográficos, la segunda las estadísticas obtenidas del censo general de habitantes y la tercera, establece la división territorial.²⁹

En este censo se observa una disminución en la población general del país en comparación con el censo de 1910. Esto debido al aumento de la mortalidad durante la Revolución Mexicana. Aunque en las personas adultas mayores de 60 años y más se observó un aumento del 1.5% a diferencia del porcentaje reportado en 1910 que representaba alrededor de 190 mil personas adultas mayores más en el país.²⁹

Un claro ejemplo de que las personas adultas mayores no representaban una prioridad para el gobierno en el primer cuarto del siglo XX, es que en ninguno de estos censos (1910 y 1921) se incluye información referente a instituciones de atención para las personas adultas mayores, ni se mencionan patologías propias de este grupo etario.

De los resultados obtenidos en los censos poblacionales antes mencionados (1910 y 1921), se elaboró un documento bajo la supervisión de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística denominado Longevidad en el Distrito Federal según los censos de 1910 y 1921.

- Longevidad en el Distrito Federal

En México existieron varios esfuerzos por conocer la longevidad de la población, uno de los primeros es el análisis que se llevó a cabo para determinar las características de las personas adultas mayores en el Distrito Federal a partir de la información recabada en los censos realizados en los años de 1910 y 1921.

Este análisis tuvo como título: *"La longevidad en el Distrito Federal según los censos de 1910 y 1921"*, fue publicado en el Boletín de Estadística No. 8 de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y tuvo como principales resultados los siguientes:

- o Existen dos factores fundamentales que determinan la longevidad de una población: 1) la fuerza natural de la vida del hombre y 2) las causas de muerte.³⁰
- o Reportan que las personas de larga vida hoy definidos como personas adultas mayores debían tener una edad cronológica de 80 años o más, edad que se fijaba de acuerdo a la vida productiva promedio de la época.³⁰
- o Existe un predominio de mujeres (2:1) en las personas adultas mayores en la etapa posterior a la revolución mexicana debido a que se ve un incremento multicausal en la mortalidad de los hombres.³⁰

- o Se presenta un aumento en más del doble de las personas adultas mayores entre los censos de 1910 y 1921, que no corresponde con el aumento de la población total que solo fue del 26% en el mismo periodo.³⁰ Esto debido a la transición demográfica y al aumento de la mortalidad de la población adulta durante el periodo revolucionario.
- Características de la población adulta mayor a principios del siglo XX

Durante la primera mitad del siglo XX, las características de la población de México estuvieron determinadas por diversas circunstancias, entre las que destacan el final del mandato de Porfirio Díaz, el periodo revolucionario y los posteriores esfuerzos emprendidos para reconfigurar la dinámica demográfica del país.

Estos acontecimientos además influyeron directamente en las políticas poblacionales, las cuales fueron dirigidas a la pronta reconstrucción del país. En este escenario las personas adultas mayores pasaban desapercibidas ya que al inicio del siglo XX representaban solo el 1.9% de la población total del país y la esperanza de vida al nacer era de 32 años.³¹

En 1910 la población total en México era de 15.2 millones de habitantes con una estructura joven y en la cual las personas adultas mayores representaban solamente el 2 % de la población total.³²

Para la segunda década del siglo XX la lucha revolucionaria impactó de forma importante la vida social y política de México, lo cual aunado a las epidemias (brotes de tifo, meningitis, fiebre tifoidea, sarampión e influenza española), el incremento de la migración y las precarias condiciones en las que se encontraba la mayor parte de la población en México dieron como resultado una disminución en casi un millón de habitantes menos a comparación de los registrados en el censo de 1910. Lo cual es a destacar ya que históricamente es el único censo en el cual se ha registrado un monto de población inferior al del censo precedente.

Se estima que durante este periodo, se perdieron un millón de vidas. Incluso de no haberse llevado a cabo el movimiento revolucionario, el número de habitantes en el país pudiera haber ascendido a 17.2 millones de personas.³²

En la década de los años 30, posterior al periodo revolucionario tuvo inicio la transición demográfica. Esto debido a la Ley General de Población promulgada en 1936 bajo el mandato del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940). Cuyo objetivo era la repoblación de México mediante el rápido aumento del volumen poblacional del país.³²

Al inicio de esta década (1930) las personas adultas mayores representaban solo el 2.6% de la población total. Sin embargo el incremento del porcentaje de las personas adultas mayores en la población total se dio a partir de 1950, año en el que la esperanza de vida al nacer era de alrededor de 48 años.³³

Estos cambios sociales y políticos por los que atravesó el país en las primeras décadas del siglo XX, dieron como resultado modificaciones en la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, surgimiento de mecanismos de protección social y redefinición del enfoque de las políticas públicas. Temas que se detallan a continuación.

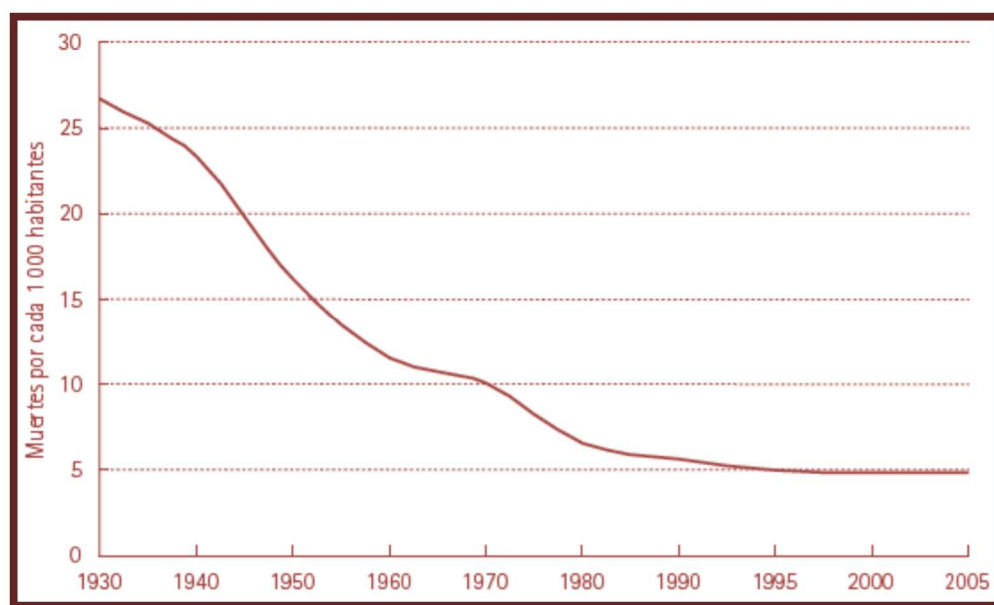
- Mortalidad y envejecimiento

La mortalidad es uno de los factores que inciden directamente en el envejecimiento, ya que al disminuir la tasa de mortalidad la esperanza de vida al nacer aumenta, lo que incrementa las posibilidades de llegar a vivir más de 65 años.

Los cambios económicos, políticos, sociales y tecnológicos que sufrió la población mexicana a partir de la etapa post revolucionaria tuvieron como resultado el inicio de un proceso denominado transición demográfica, en el cual se observaba un descenso sostenido de la mortalidad debido a la disminución de las defunciones ocasionadas por los conflictos armados revolucionarios y al abatimiento gradual de las enfermedades infecciosas y parasitarias.³⁴

Durante esta época las causas de muerte y la tasa bruta de mortalidad de las personas adultas mayores también se vieron modificadas. El mejoramiento de las condiciones generales de vida, la expansión de la infraestructura sanitaria y la utilización del sistema de salud dieron como resultado un decremento en la tasa bruta de mortalidad, teniendo como principales causas de defunción las enfermedades de origen infeccioso predominando las enfermedades respiratorias y digestivas.³⁴

Figura 4. Tasas brutas de mortalidad general.



Fuente: Cálculos a partir de estadísticas de mortalidad del INEGI.

- Esperanza de vida

Al inicio del siglo XX la población en México era de 15.2 millones de habitantes lo que representaba 2.5 veces la población a principios del siglo XIX que era de 6.1 millones. Este crecimiento demográfico que se observó durante el siglo XIX fue resultado de tres factores: la natalidad, la mortalidad y la migración determinadas a su vez por las condiciones sociales y económicas por las que atravesó el país a la largo de este periodo de tiempo.³³

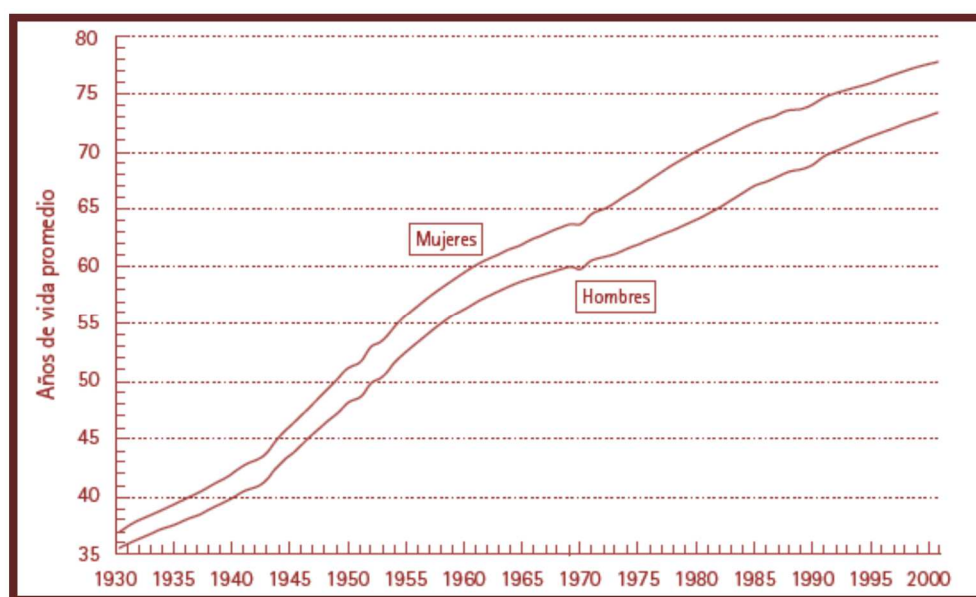
Es importante recalcar que durante el siglo XIX el porcentaje de personas adultas mayores se mantuvo sin incrementos considerables debido a la baja esperanza de vida al nacer que se tenía en esa época, situación que cambio a partir de 1910 en donde el incremento porcentual de la población envejecida se vio alterado por la disminución de la tasa de mortalidad infantil y por consecuencia un aumento en la esperanza de vida al nacer.

Aunque se había aumentado de forma considerable la esperanza de vida al nacer, no se habían dado cambios significativos en la esperanza de vida a partir de los 65 años. Sin embargo los cambios sociales y económicos por los que atravesaba el país posterior a la revolución y sus repercusiones

directas en la salud de la población, fueron de suma importancia para que se observara un incremento en la esperanza de vida a partir de los 65 años. Este incremento en la esperanza de vida a partir de los 65 años se vio reflejada por primera vez en los censos de 1930, en donde según la información reportada los hombres y mujeres vivían un promedio de 10.7 y 10.9 años respectivamente a partir de los 65 años.³⁵

Esta alteración en la dinámica del envejecimiento situaba en el año de 1930 a casi la mitad (48.60%) de las personas adultas mayores en el rango de edad de 65 a 69 años y solamente el 8% se encontraba en el rango de mayor de 80 años, situación que se ha invertido a lo largo de los años.³⁵

Figura 5. Esperanza de vida al nacer por sexo.



Fuente: Consejo Nacional de Población, 2001.

Aunque los primeros registros que se tienen sobre el incremento de la esperanza de vida a partir de los 65 años se sitúan en la tercera década del siglo XX, se cree que este aumento comenzó de forma más discreta a partir de 1910, pero debido a la poca importancia que se les daba a las personas adultas mayores no se tuvo información específica hasta 20 años después.

- Seguridad social y pensiones

El término seguridad social surge por primera vez en 1936, con la creación del Social Security en Estados Unidos como parte de la política intervencionista del presidente Franklin D. Roosevelt New Deal.³⁶

En México el inicio del registro y análisis de información acerca del envejecimiento de la población mexicana a partir de 1930 dio pie al desarrollo de mecanismos específicos de protección social para este grupo etario. Así en 1925 se creó la Dirección de Pensiones Civiles del Estado que posteriormente se convertiría en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1954), la cual además de brindar protección en salud y diversas prestaciones sociales fue la primera institución en México en formular y aplicar un plan de ahorro individual durante la vida activa, cuya capitalización fuera útil durante la vejez, lo que aseguraría una mejor calidad de vida durante esta etapa.³⁷

Aunque las personas adultas mayores siempre estuvieron relegadas de la agenda pública por no representar un porcentaje considerable de la población. La creación del sistema de pensiones para la vejez en México durante la primera mitad del siglo XX es un claro ejemplo de los pocos esfuerzos por incluir a este grupo etario en el desarrollo de políticas públicas durante esa época.

- Políticas de población en México

El comienzo de la formulación de políticas de población tiene lugar durante el Porfiriato, gracias al desarrollo durante este periodo de una cultura estadística, en la cual los censos de población y registros vitales fueron primordiales para la toma de decisiones sobre la demografía del país y las eventuales políticas a ser adoptadas en esa materia. Es también a finales del Porfiriato cuando surge la obra de Andrés Molina Enríquez, titulada Los grandes problemas nacionales (1909), en la cual contaba con reflexiones sobre la importancia de la población en el desarrollo del país. Esta obra fue la base de lo que más adelante se convertiría en la política de población en México.³⁸

Después de la revolución tiene inicio la primera etapa de transición demográfica del país, con tasas sostenidas de natalidad y mortalidad que con el paso del tiempo irían aumentando y disminuyendo respectivamente. Económicamente el país requería de una fuerza de trabajo que impulsara el desarrollo agrícola e industrial. En el ámbito sociopolítico, se buscaba una integración nacional que permitiera la reconstrucción del país. Como podemos ver el contexto mexicano en los años 30 no era favorable para las personas adultas mayores, por el contrario todos los esfuerzos estaban centrados en la repoblación del país.

- Evolución de la atención de las personas adultas mayores en México

La atención al envejecimiento en México ha pasado por varias etapas, desde la creación de instituciones para la atención de las personas envejecidas en situación de vulnerabilidad a mediados del siglo XIX hasta la actualidad, algunas de estas etapas abarcan periodos sexenales lo cual da cuenta de la influencia de la política en el desarrollo integral gerontológico.

- Primera etapa: 1976-1982

En esta primera etapa la atención del adulto mayor corrió a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia bajo las facultades implícitas que le otorgaba la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, ya que brindaba servicios asistenciales a la población necesitada en general.

A finales de la década de los setenta el tema de envejecimiento tomo relevancia nacional debido a tres factores. En primer lugar el impacto a nivel internacional del tema de envejecimiento, debido a la transición demográfica y epidemiológica por la que estaban atravesando los países desarrollados; ³⁹ en segundo lugar el hecho de que México fuera sede de la Conferencia Preparatoria y participara en la elaboración del documento titulado “La Política de Salud y Envejecimiento”; ⁴⁰ y en tercer lugar la creación de Dignificación de la Vejez A.C. en 1977 asociación que propiciara la creación de dos instituciones responsables de la atención del adulto mayor el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), por decreto presidencial en agosto de 1979. ⁴¹

La creación de estos dos institutos eximia a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de sus atribuciones excepto lo relativo a la atención médica hospitalaria.

En 1980 cuando inicia operaciones el INSEN la población de adultos mayores de 60 años representaba el 6.15% de la población total del país y a pesar de las dificultades de asignación presupuestaria inicio su labor con una propuesta de programas de implementación orientada a la investigación gerontológica y la formación de recursos humanos geriátricos y gerontológicos. ⁴²

Por su parte las principales preocupaciones del Estado eran, la situación económica precaria en la que se encontraban la mayoría de los adultos mayores y la falta de infraestructura en materia de servicios de salud que en un futuro se requerirían para la atención de este grupo etario, por lo que fue necesario plantear los Lineamientos Generales para la Implementación de Programas Asistenciales

en materia de envejecimiento, teniendo como objetivo la triada viejo-vejez-envejecimiento desde una visión integral (biopsicosocial) y preventiva enfocada a la atención primaria de la salud. ⁴³

- Segunda etapa: 1983-1988

El inicio de la segunda etapa está marcado por el cambio de sexenio y de modelo económico en el país, en este período posterior a la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento el tema de envejecimiento perdió el impulso obtenido en la administración anterior y perdió peso en la agenda pública, esto lo podemos ver reflejado en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 en donde se señala que *“Las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la protección de los ancianos en abandono total o parcial”*. ⁴⁴ Resultado de estas acciones y aunado a la falta de recursos el INSEN siguió operando sin llegar a consolidarse como la institución responsable de la atención al adulto mayor en el país. Por otra parte esta consolidación la logro el SNDIF en diciembre de 1982 al incorporarse de lleno a la prestación de servicios asistenciales a los ancianos por decreto presidencial, lo que ocasiono una duplicidad de funciones entre las dos instituciones ya que en 1979 el INSEN fue propuesto como organismo responsable de este grupo etario. ⁴⁵

En este período se implementaron los seminarios sobre “La asistencia social y el anciano en México” un esfuerzo conjunto del INSEN y el SNDIF por mantener el tema de envejecimiento en la agenda pública, mismos que hicieron evidente la necesidad de retomar con fuerza la investigación gerontológica, la formación de recursos humanos y la creación de programas de atención integral. ⁴⁶

Como resultados de este periodo tenemos la afiliación de 700,000 adultos mayores al INSEN, la creación del primer Servicio de Geriátría con atención integral al hospitalizado anciano en el ISSSTE y la creación de la Especialidad en Geriátría. Aunque hubo resultados positivos en este periodo los factores que impidieron la consolidación del envejecimiento como tema de la agenda pública fueron las limitaciones económicas reflejadas en el recorte al presupuesto en el sector salud, la falta de recursos humanos, la falta de apoyo a propuestas como la Ley Federal de Vejez y la falta de estudios e investigaciones gerontológicas, ya que en ese momento solo se contaba con la Encuesta Nacional sobre las necesidades de los ancianos realizada en 1982 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Aún con todas estas limitaciones el balance de los primeros dos periodos es positivo si tomamos en cuenta que en 1977 el tema era ajeno en todos los espacios públicos.

- Tercera etapa 1989-2000

Para la primera parte de este tercer período (1989-1994) y en el marco sociopolítico en el que se encontraba inmerso el país con la actual administración, la población senescente no fue considerada explícitamente en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y solo se desarrolló un subprograma dirigido a los adultos mayores *“Maestros Jubilados”* el cual buscaba reincorporar a este sector a la vida laboral, aun con este claro estancamiento en el tema de envejecimiento por parte del gobierno federal, instituciones de seguridad social desarrollaron programas de atención al adulto mayor, como el programa piloto de atención domiciliaria en el Centro Médico La Raza desarrollado por el IMSS o programas especializados en Geriátrica y atención al Alzheimer por parte del ISSSTE, además en este periodo creció en número de instituciones privadas que desarrollan actividades a favor del adulto mayor.⁴⁷

En este periodo la atención del adulto mayor estuvo bajo la responsabilidad del SNDIF atendiendo a 621,732 personas mayores a diferencia del INSEN el cual solo proporciono atención a 347,512.⁴⁸

En la segunda parte de este periodo (1995-2000), con el cambio de administración y en la búsqueda de la consolidación de un modelo neoliberal se dio prioridad a la atención únicamente de los grupos más marginados, en este sentido el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece *“De manera particular, se atenderá a las personas de la tercera edad que, al dejar de participar en actividades económicas formales constituyen uno de los sectores más desfavorecidos”*.⁴⁹

Durante esta segunda etapa el INSEN incorpora servicios de atención geriátrica a sus servicios asistenciales, pero continuó con su proceso de debilitamiento. Por otra parte y ante la convocatoria a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue necesario retomar la investigación gerontológica ya que de acuerdo al INSEN *“no existe realmente una trayectoria de investigación gerontológica en casi ninguno de los campos de investigación, ni siquiera en los niveles descriptivos, que brinde un punto de partida para esa labor”*.⁵⁰

A finales de este periodo se llevaron a cabo acciones relevantes en favor de los adultos mayores como la promulgación en 1999 de la Ley para la Protección Social de Personas en Edad Senescente en el Estado de Yucatán y la aprobación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal en el mismo año. Estas acciones fueron las primeras experiencias legislativas en el país sobre envejecimiento.⁵¹

- Cuarta etapa 2001-2006

El cambio de administración y la alternancia del poder fueron factores claves que influyeron en el desarrollo de políticas públicas para la atención del envejecimiento durante este periodo. El tema de envejecimiento fue tomado en cuenta de manera amplia y específica en el apartado de Desarrollo Social y Humano del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006.⁵²

Un año después de la emisión del PND se promulga la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual da un nuevo impulso al INSEN convirtiéndolo en el Instituto de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En el mismo año México participo en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevada a cabo en Madrid. Posterior a esta reunión surgieron iniciativas para la elaboración de un Plan Nacional Gerontológico, políticas para la formación de recursos humanos y la prevención de enfermedades crónicas.

Es en este sexenio cuando se elabora por primera vez el Programa de Acción Especifico para la atención del Envejecimiento (2001-2006) y se establece un programa de enseñanza para la formación de recursos en geriatría y gerontología para subsanar el déficit que presentaba el país en materia de recursos humanos especializados en la atención de este grupo etario. Ejemplo de esto es que en este periodo solo se contaba con 300 geriatras para atender a 8.3 millones de personas adultas mayores.⁵³

- Quinta etapa 2007-2012

El envejecimiento de nuevo es tomado en cuenta en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Incluyendo conceptos como Envejecimiento Activo y Envejecimiento Saludable.

En este periodo se desarrollan programas sectoriales e institucionales para la atención de las personas adultas mayores, entre los que destacan:⁵⁴

- o Programa de Atención a adultos mayores en Zonas Rurales (SEDESOL)
- o Programa de Atención a adultos mayores de 70 años y más (SEDESOL)
- o Programa Nacional de Atención al Envejecimiento (SS, IMSS, ISSSTE y otras instituciones)
- o Seguro Popular (SS)
- o Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social (DIF)
- o Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento (ISSSTE)

- o Programa de Envejecimiento Activo (IMSS)
- o Modelo de Atención Gerontológico (INAPAM)

Aunque el INAPAM no logra consolidarse como órgano rector en materia de atención al envejecimiento y cede la mayoría de sus funciones al sector salud. Propone en el año 2010 los ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores.⁵⁵

En el año 2008 se crea el Instituto de Geriátría cuya misión es la promoción del envejecimiento activo y saludable, el desarrollo de recursos humanos especializados y el impulso al desarrollo de servicios de salud. En el año 2012 el presidente Felipe Calderón Hinojosa decreta el carácter de nacional, incluyéndolo en el grupo de Institutos Nacionales de Salud.⁵⁶

B. Características sociodemográficas y perfil de salud de las personas adultas mayores en México

- **Características sociodemográficas**

El envejecimiento en México está conformado por múltiples factores sociales y culturales. Mismos que contribuyen a la definición de las características de las personas adultas mayores en esta etapa de la vida.

De acuerdo al comportamiento demográfico de la población de 60 años o más, en nuestro país se puede hablar de una feminización del envejecimiento, ya que existe una relación de 86.7 hombres por cada 100 mujeres. Teniendo un mayor volumen el grupo de edad comprendido entre los 60 y 69 años, representando el 52.2% del total de este grupo etario.⁵⁷

En cuanto a las características sociodemográficas el 76.9% habita en zonas urbanas, 60.5% están casados o tienen pareja y 37.6% son viudos. El 25.8% no tienen ningún tipo de estudios y solo el 20.5% tienen estudios de secundaria o más, lo que nos habla de un bajo nivel de escolaridad en este grupo etario.⁵⁷

En México 72.6 % de las personas adultas mayores cuentan con algún tipo de derechohabiencia. Delos cuales 38.8% pertenecen al IMSS, 20.4% al Seguro popular, 9.3% al ISSSTE y 4.1% a otras instituciones (PEMEX, SEDENA/SEMAR).⁵⁸ Este grupo etario tiene como principales lugares de

atención por problemas de salud el IMSS en un 36.2%, los Servicios Estatales de Salud en un 31.1%, los servicios privados con 17.6% y el ISSSTE con 9.1%. Cabe mencionar que del total de las personas que acuden a los servicios privados para recibir algún tipo de atención médica ambulatoria, el 26% recurre a consultorios de farmacia, porcentaje que ha ido incrementando en los últimos años.⁵⁷

El 34.3% de las personas adultas mayores en nuestro país son económicamente activas, de estas el 37.4% lo hacen en el sector informal. En cuanto al sexo y actividad económica, existe un predominio del sexo masculino en el sector formal en contraste con una mayor participación femenina en aquellos trabajos pertenecientes al sector informal.⁵⁸

La población de 60 años y más, presenta un bajo porcentaje de movilidad debido a la migración. Según datos del censo de población y vivienda realizado en el año 2010 por el INEGI, solo el 1.5% de este grupo etario refirió haber vivido en una entidad diferente a la actual y solo el 0.4% refirió haber residido en los Estados Unidos de Norteamérica.⁵⁹

La visión cultural de la persona adulta mayor presenta dos caras, por un lado se rinde tributo y se honra la experiencia, pero por el otro se desprecia y excluye a este grupo etario debido a la pérdida de capacidades, autonomía y deterioro.

La desigualdad social es propiciada por el rezago educativo, el acceso a los servicios de salud, el acceso a los servicios básicos en la vivienda, y la calidad y espacios en la vivienda. De acuerdo con los resultados del índice de rezago social 2010 elaborado por CONEVAL, las personas adultas mayores con muy alto grado de rezago social se encuentran entre la población más envejecida de este grupo etario.⁶⁰

- Perfil de salud

El envejecimiento es un proceso natural del ciclo de la vida, el cual se relaciona erróneamente con la enfermedad. Esto debido a que en esta etapa se manifiestan las complicaciones de patologías que iniciaron en etapas tempranas del ciclo de la vida.⁶¹

En países de ingresos bajos o medios como México las personas adultas mayores tienden a presentar enfermedades crónicas no transmisibles así como enfermedades infecto-contagiosas.⁶² La transición epidemiológica en el país no es homogénea. Tiene variaciones dependiendo la región y

entorno (rural o urbano) en el que se desarrolla la persona adulta mayor. Estas variaciones son el resultado de las inequidades en el desarrollo social y económico que presenta México.

Las principales causas de enfermedad en el año 2009 en las personas adultas mayores fueron de origen infeccioso (Cuadro I). En primer lugar las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las infecciones de vías urinarias y las infecciones gastrointestinales. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II se encuentran en la quinta y sexta causa de morbilidad respectivamente entre este grupo etario.⁶³

En cuanto a las principales causas de mortalidad reportadas en el mismo año para este grupo de edad se encuentran las enfermedades del corazón, diabetes mellitus tipo II, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.⁶⁴

**Cuadro I. Principales causas de morbilidad
en personas adultas mayores 2009.**

Morbilidad Personas Adultas Mayores 2009	
Infección respiratoria aguda	1,252,247
Infección de vías urinarias	392,411
Enfermedad diarreica aguda	297,398
Úlceras, gastritis, duodenitis	177,013
Hipertensión arterial	143,686
Diabetes mellitus tipo II	90,963
Gingivitis y enfermedades periodontales	39,332
Conjuntivitis	25,976
Otitis media aguda	23,939

Fuente: Anuarios de morbilidad. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.

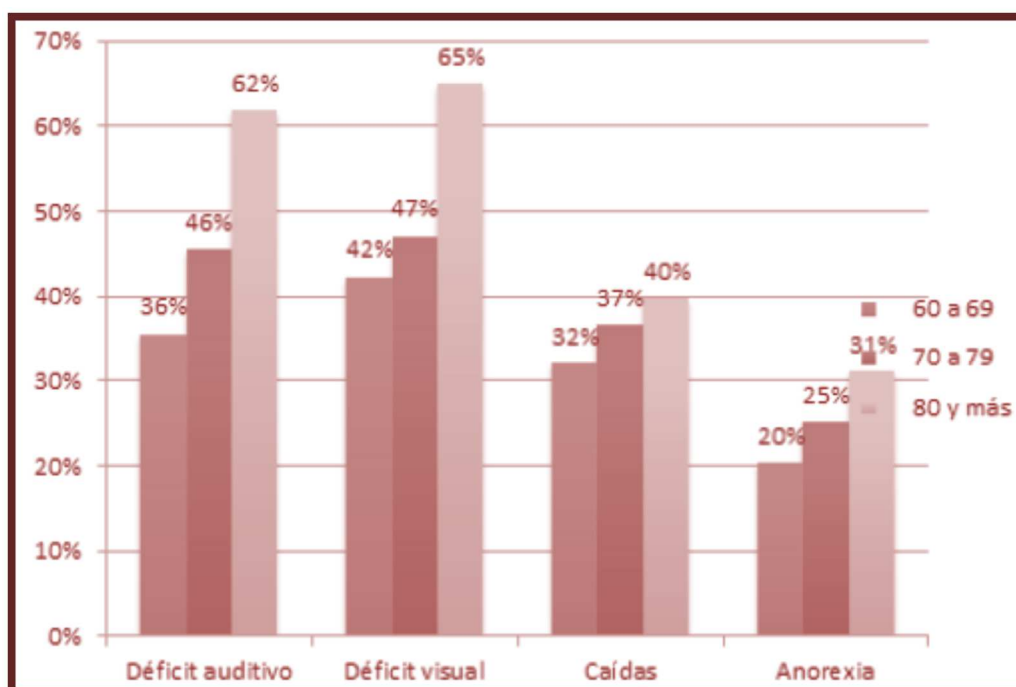
- Síndromes geriátricos y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Se define como morbilidad geriátrica a la presencia de 2 o más enfermedades concomitantes en las personas mayores de 65 años. Teniendo mayor incidencia en las personas adultas mayores más envejecidas. ⁶⁵

Las personas adultas que presentan una morbilidad geriátrica grave (más de 5 enfermedades concomitantes) aumentan la probabilidad de desarrollar algún tipo discapacidad en un 80%. El 20.7% de personas de 60 años y más presentan algún tipo de discapacidad. Siendo la incapacidad para caminar o moverse la principal causa, representando el 70%. ⁵⁸

Los principales síndromes geriátricos que se presentan en nuestro país son el déficit neurosensorial (visual 45%, auditivo 40%, ambos 28%), las caídas (32%) y la anorexia (22%). La presencia de estos disminuyen significativamente la calidad de vida y condicionan un deterioro funcional en las personas adultas mayores, teniendo predominio en el grupo de mayores de 80 años. ⁵⁷

Figura 6. Prevalencia de síndromes geriátricos en población de 60 años y más.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.

En las personas adultas mayores las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que generan un mayor deterioro funcional son los eventos cerebro vasculares y la insuficiencia cardiaca, los cuales al igual que los síndromes geriátricos se presentan con más frecuencia en el grupo de mayores de 80 años. ⁶⁵

C. Recursos y marco normativo de la atención en salud de las personas adultas mayores en México

- Recursos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria

Los recursos del sistema de salud mexicano (financieros, materiales y humanos) destinados a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria son insuficientes, obsoletos y poco especializados.

- Financieros

El gasto total en salud en el año 2011 representaba el 6.2% del PIB. ⁶⁶ Aunque ha presentado un incremento en los últimos años, aún se encuentra por debajo del porcentaje del PIB que otros países de ingresos medios de América Latina destinan al rubro de la salud. ⁶⁷

No se cuentan con datos específicos del porcentaje del gasto total en salud destinado a la atención de las personas adultas mayores. Pero el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad aunado al bajo gasto total destinado a salud, hacen que los recursos financieros sean insuficientes para cubrir la demanda de servicios de este grupo etario.

- Materiales

La infraestructura con la que cuenta el sistema nacional de salud para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria es mínima o nula, dependiendo de la institución que proporcione el servicio.

Los servicios estatales de salud no cuentan con espacios físicos adecuados, destinados a la atención de las personas de 60 años y más. Recibiendo atención en centros de salud rurales o urbanos en donde se ofrecen servicios de consulta externa por edad y género de acuerdo a la línea de vida.

El IMSS implementa su programa geriátrico y gerontológico en las 1499 unidades de medicina familiar con las que cuenta. Algunas de las cuales ya cuentan con áreas especializadas para la atención de este grupo etario.⁶⁸

El ISSSTE y el INAPAM cuentan con infraestructura especializada para la atención de las personas adultas mayores. El ISSSTE brinda atención a sus derechohabientes mediante los 124 módulos gerontológicos ubicados en algunas de sus 386 clínicas de medicina familiar.⁶⁹ Por su parte el INAPAM cuenta con dos centros de atención integral para las personas adultas mayores ubicados en la ciudad de México, los cuales proporcionan principalmente atención médica.⁷⁰

Humanos

En nuestro país la atención de este grupo etario en las unidades de atención ambulatoria, recae principalmente en el médico general y/o familiar. Actualmente no existe un programa formal de capacitación para la formación de recursos humanos especializados que asegure la atención adecuada en este nivel de atención.⁷¹

Según datos de la Dirección General de Profesiones (SEP) hasta el año 2009 solo había registrados 414 profesionistas especializados en las personas adultas mayores. La mayoría distribuidos en el segundo y tercer nivel de atención.⁷²

- **Marco normativo de la atención en salud de las personas adultas mayores**

La atención en salud de las personas adultas mayores en México está sustentada en diversos documentos, reglamentos y normas oficiales, las cuales a su vez se vinculan con el plan de desarrollo nacional y el programa de acción específico de envejecimiento.

- *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos/Ley General de Salud*

De forma general se establece en el artículo cuarto constitucional que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en el artículo primero de la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

- *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (D.O.F. 25/junio/2002)*

Esta ley tiene como objetivo garantizar el ejercicio de los derechos humanos de este grupo etario, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.

- *Ley General para la igualdad entre mujeres y hombres (D.O.F. 2/agosto/2006)*

Regula y garantiza la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, independientemente de su edad, estado civil, profesión, cultura, origen étnico, condición social, salud, religión, opinión o discapacidad.

- *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*

El objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los Servicios de Salud”, del eje México Incluyente, en la estrategia 2.3.1 “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal”, establece como línea de acción: garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

- *Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas*

En lo referente a la detección y control de enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad, las intervenciones se fundamentan en un marco legal que establece las atribuciones y obligaciones de los Servicios de Salud, destacando por su importancia los siguientes reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas:

- *Reglamentos*

- o Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19 de enero de 2004.
- o Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado el 14 de mayo de 1986.
- o Reglamento de Insumos para la Salud, publicado el 4 de febrero de 1988.
- o Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, publicado el 28 de mayo de 1997.

- *Normas Oficiales Mexicanas*

- o NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria, publicada el 8 de diciembre de 1994.
- o NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica, publicada el 11 de octubre de 1999.
- o NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, publicada el 17 de enero de 2001.
- o NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, publicada el 21 de julio de 2003.
- o NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999.
- o NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, publicada el 30 de septiembre de 1999.
- o NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo, publicada el 19 de noviembre de 1999.

- o NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad, publicada el 19 de noviembre de 1999.
- o PROY-NOM-031-SSA3-2009, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, publicada el 13 de septiembre de 2012.

D. Modelos de atención utilizados actualmente

La atención al envejecimiento en México ha pasado por varias etapas, desde la creación de instituciones para la atención de las personas envejecidas en situación de vulnerabilidad a mediados del siglo XIX hasta la actualidad, algunas de estas etapas abarcan periodos sexenales lo cual da cuenta de la influencia de la política en el desarrollo integral gerontológico.

- **Servicios Estatales de Salud (SES)**

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, sobre la Prestación de servicios de asistencia social a las personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, establece que es importante el fomento de una cultura de dignificación de las personas adultas y adultas mayores, para estas últimas, implicando la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.

Partiendo de esta regulación técnica podemos mencionar que los Servicios Estatales de Salud en México no cuentan con un modelo de atención específico que responda a las necesidades biológicas y sociales del adulto mayor en las unidades de atención ambulatoria.

- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuenta con un programa de atención a la salud y el envejecimiento denominado “Envejecimiento Saludable”. Este programa

opera a través de 124 módulos gerontológicos (MG), los cuales brindan atención preventiva en asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento. Los módulos gerontológicos fueron implementados en el primer nivel de atención y su principal característica es la homogenización de los procedimientos con base en los manuales de normas y guías terapéuticas correspondientes a los problemas del envejecimiento más comunes.

El modelo de atención implementado por el ISSSTE, es un modelo centrado en la persona el cual tiene un enfoque biopsicosocial y toma en cuenta el contexto familiar y comunitario en el que se desarrolla cada individuo, esto hace que las intervenciones se adapten a las necesidades específicas de cada persona adulta mayor.

- Infraestructura

Como se mencionó anteriormente el ISSSTE cuenta con 124 módulos gerontológicos distribuidos a lo largo del país, la mayoría ubicados en unidades de medicina familiar.

En los Módulos Gerontológicos se otorgan:

- a. Servicios de salud
 - a. Prevención de la enfermedad
 - b. Cuidado continuo
 - c. Atención de salud física y mental
- b. Orientación sobre cambios de estilos de vida
 - a. Evitar tabaquismo, alcoholismo y polifarmacia
 - b. Mantener una alimentación adecuada
 - c. Activación física
- c. Orientación personal a través de servicios de trabajo social, nutrición y psicología
- d. Educación en salud
 - a. Cursos para derechohabientes, cuidadores y profesionales
- e. Información continúa
 - a. Entornos saludables
 - b. Prevención de caídas
- f. Apoyo Cultural, a través de eventos, celebraciones que tienen que ver con el envejecimiento como el “Día del abuelo”, “Semana de Salud para Gente Grande” y Ferias de la Salud

Los principales objetivos de los módulos gerontológicos son: la promoción de estilos de vida saludable; el desarrollo de actividades y programas que mantengan, prolonguen y/o recuperen la funcionalidad de las personas adultas mayores; y la detección oportuna de la fragilidad y grado de vulnerabilidad para evitar la dependencia.

- Recursos Humanos

El programa “Envejecimiento Saludable” cuenta con 705 profesionales de la salud, quienes se encargan del funcionamiento de los 122 módulos gerontológicos. Estos profesionales de la salud se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

- o 165 Médicos Gerontólogos (consulta).
- o 185 Enfermeras Gerontólogas (somatometría).
- o 195 Equipo multidisciplinario (trabajador/a social, enfermero/a, psicólogo/a, nutriólogo/a y activador físico).
- o 160 Apoyo Funcional (personal capacitado en terapia física y rehabilitación).

- **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

La dirección de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un Plan Geriátrico Institucional (GERIATRIMSS), el cual busca mejorar la calidad de los servicios de salud a través de tres acciones: subsanar las necesidades geriátricas de sus derechohabientes; promoción de la autonomía de las personas adultas mayores; y la difusión de la atención geriátrica integral en unidades médicas de los tres niveles de atención.

GERIATRIMSS busca fortalecer el programa PREVENIMSS en lo referente a la promoción de la salud y el envejecimiento activo, mediante la implementación de acciones para prevenir los padecimientos más frecuentes de este grupo etario en las unidades de medicina familiar (UMF), además de ofrecer capacitación a las personas adultas mayores en temas como nutrición, activación física y autocuidado.

El IMSS también cuenta con un Plan Gerontológico Institucional (2006-2025) diseñado e implementado por la Dirección General del Instituto, el cual aborda la salud desde una perspectiva más amplia, reconociendo que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de la persona, de las familias y las comunidades, con el apoyo de múltiples sectores.

El Plan Gerontológico Institucional tiene como principal objetivo conservar y desarrollar el bienestar físico, mental y social de la persona adulta mayor, mejorando así su calidad de vida, salud, independencia, dignidad y participación social.

Ambos planes geriátrico y gerontológico se unieron para plantear estrategias orientadas a satisfacer las necesidades de salud de este grupo etario, de forma integral y desde una perspectiva social, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores.

Como parte importante de la consolidación de estas estrategias (geriátricas y gerontológicas), se crea el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM).

- Infraestructura

El IMSS cuenta con 1499 UMF en donde a través del programa GERIATRIMSS se brinda atención geriátrica y gerontológica a los derechohabientes mayores de 60 años, dando prioridad al ámbito geriátrico.

Desde el año 2010 el IMSS cuenta con el primer CASSAAM ubicado en la UMF No. 23 (Unidad Morelos) de la delegación norte del Distrito Federal, en este centro se atiende a personas adultas mayores con dependencia leve y moderada sin problemas psicogeriátricos, en el cual se otorgarán servicios interdisciplinarios de valoración integral y de envejecimiento activo a derechohabientes mayores de 60 años, a fin de que logren mantener, prolongar y recuperar su salud e independencia funcional.

- Recursos Humanos

El IMSS cuenta con 20,225 médicos, 94,053 enfermeras operativas y 1,021 técnicos de medicina física y rehabilitación como parte del programa GERIATRIMSS, los cuales conforman el personal básico en la atención del paciente geriátrico y se encuentran distribuidos en las diferentes UMF (Cuadro I).

Cuadro II. Recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en el IMSS.

Recursos Humanos	Cantidad
Médicos familiares	16,968
Médicos internistas	2,883
Médicos especialistas en medicina física y rehabilitación	404
Total Médicos	20,225
Enfermeras especialistas	13,417
Enfermeras generales	45,889
Enfermeras auxiliares	34,339
Enfermeras especialistas en traslados	408
Total de Enfermeras operativas	94,053
Técnicos de medicina física y rehabilitación	1,021
Total de personal para la atención de las PAM	115,329

Fuente: DIS. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.

- **Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)**

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión, rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores.

El INAPAM cuenta con varios modelos de atención gerontológica, los cuales tienen como objetivo principal establecer una política educativa, cultural y social de carácter integrador que considere fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas de sesenta años y más y favorecen su permanencia dentro de la comunidad, bajo un enfoque de derechos y perspectiva de envejecimiento.

- **Infraestructura**

El INAPAM cuenta con cinco modelos de atención gerontológica dirigidos a los diferentes perfiles físicos y socioculturales de las personas adultas mayores en México.

Albergues

El instituto cuenta con seis albergues, cuatro en el Distrito Federal y dos más en el interior de la república (Guanajuato y Oaxaca). El objetivo de los albergues es proporcionar estancia prolongada, servicios de alimentación, vestido, atención médica, psicológica, rehabilitación y acciones de trabajo social, ocupacionales, recreativas y culturales a personas de 60 años de edad y más en estado de desamparo y/o abandono.

Residencias de día

Este modelo como su nombre lo indica es un centro de atención de día que promueve la conservación de la funcionalidad de las personas adultas mayores mediante la convivencia con personas con intereses comunes y con una oferta de servicios que les permitan recuperar la salud, participar en actividades lúdicas y de reactivación, cubriendo sus necesidades biopsicosociales.

Este modelo les permite a las personas adultas mayores continuar integradas a su comunidad y a su familia.

Actualmente el INAPAM cuenta con siete residencias de día, seis localizadas en el Distrito Federal y una más en Zacatecas.

Centros de atención integral

Este modelo de atención promueve la salud integral de las personas adultas mayores, el cual brinda servicios médicos multidisciplinarios especializados en el primer nivel de atención con servicios de calidad y a bajo costo.

Este modelo busca favorecer las condiciones de salud de este grupo etario con programas sanitarios preventivos, rehabilitatorios y curativos, propiciando con esto su integración a la vida familiar, social y laboral.

Es un modelo de atención predominantemente clínico que integra elementos sociales como trabajo social, bolsa de trabajo y asesoría jurídica.

El INAPAM cuenta con dos centros de atención integral ubicados en el Distrito Federal y ofrece los siguientes servicios:

- Atención medica general y especializada
- Consulta externa
- Psicología
- Odontología
- Laboratorio dental
- Servicios de laboratorio y gabinete
- Cardiología
- Optometría
- Rehabilitación
- Orientación nutricional
- Otorrinolaringología
- Audiología
- Audiometría
- Dermatología
- Endocrinología
- Geriatria
- Ginecología
- Ortopedia
- Reumatología

Centros culturales

El INAPAM cuenta con cuatro centros culturales todos ubicados en el Distrito Federal, en ellos las personas adultas mayores pueden utilizar productivamente su tiempo libre realizando actividades culturales, ocupacionales, educativas, recreativas y deportivas que favorezcan su bienestar biopsicosocial.

Este modelo solo cuenta con atención médica básica y está dirigido a personas adultas mayores funcionales y con buen estado de salud.

Clubes

Son espacios comunitarios gestionados por la comunidad, los cuales promueven actividades que ayudan a las personas adultas mayores a su socialización e integración. Este modelo de atención busca favorecer las condiciones biopsicosociales de las personas adultas mayores mediante su permanencia en su comunidad.

Solo se cuenta con clubes en el Distrito Federal (119), los cuales cuentan con actividades socioculturales, de cultura física y educación para la salud.

- Recursos Humanos

El INAPAM cuenta con equipos multi e interdisciplinarios conformados por capital humano capacitado y especializado en el área geronto-geriátrica que brinda atención a las personas adultas mayores con un amplio sentido humano y profesional.

Estos equipos están formados por:

- Personal médico
 - o Médico(a) geriatra
 - o Médico(a) general capacitado(a) en el área geronto-geriátrica

- Gerontólogo(a) clínico
- Odontogeriatra
- Enfermero(a)
- Psicogerontólogo(a)
- Trabajador(a) social
- Gericultista
- Técnicos(as) en rehabilitación
- Nutriólogo(a)

- Profesores(as)
 - o Actividades físicas
 - o Actividades manuales

- Personal de apoyo
 - o Administrador(a)
 - o Coordinador(a)
 - o Cocinero(a)
 - o Intendencia
 - o Ayudante general

Los cuales varían dependiendo de las necesidades específicas y servicios ofrecidos por cada uno de los cinco modelos de atención gerontológica (Cuadro III).

Cuadro III. Recursos humanos disponibles según modelo de atención INAPAM.

Personal	Albergue	Residencias de día	Centro de atención integral	Centro cultural	Club
Médico(a) geriatra			X		
Médico(a) general capacitado(a) en el área geronto-geriátrica	X**		X		X*
Gerontólogo(a) clínico	X	X	X		
Odontogeriatra			X		
Enfermero(a)	X	X	X		
Psicogerontólogo(a)		X	X		X*
Trabajador(a) social		X	X		
Gericultista		X		X	X*
Técnicos(as) en rehabilitación	X		X		
Nutriólogo(a)			X		
Profesores(as) actividades físicas	X	X		X	X*
Profesores(as) actividades manuales	X	X		X	X*
Administrador(a)	X	X		X	
Coordinador(a)					X
Cocinero(a)	X	X**			
Intendencia	X	X	X	X	
Ayudante general	X	X	X	X	

* Personal rotatorio del Departamento de Promoción y Desarrollo Comunitario del INAPAM.

** Variable.

Fuente: Modelos de atención gerontológica. Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2012.

II. Trabajo de campo

A. Resultados del análisis de entrevistas

Los datos recabados en las entrevistas semiestructuradas (Anexo 4) realizadas a los tomadores de decisiones de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas adultas mayores (SES, ISSSTE, IMSS, INAPAM), fueron codificados de forma abierta con el fin de identificar los conceptos principales, así como las propiedades y dimensiones de los datos recabados.

Para esto se definieron y utilizaron 11 códigos que se especifican a continuación:

No.	Código	Definición
1	Envejecimiento activo	Definición que los informantes dan sobre el envejecimiento activo.
2	Envejecimiento saludable	Definición que los informantes dan sobre el envejecimiento saludable.
3	Envejecimiento institucional	• Porcentaje de los derechohabientes que son personas adultas mayores (PAM). • Impacto de este grupo etario en los servicios de salud que provee la institución. • Financiamiento de la atención de las PAM. • Proyecciones de este grupo etario para la institución.
4	Modelo actual	Modelo de atención utilizado actualmente para la atención de las PAM.
5	Fortalezas	Principales fortalezas del modelo de atención actual.
6	Debilidades	Principales debilidades del modelo de atención actual.
7	Recursos no humanos	Medios técnicos, servicios e instalaciones disponibles en las unidades de atención ambulatoria para la atención de las PAM.
8	Recursos humanos	Personal (clínico, social, administrativo y directivo) con el que

		cuenta la institución en las unidades de atención ambulatoria para la atención de las PAM.
9	Retos	Metas u objetivos que tiene la institución en la atención de las PAM en las unidades de atención ambulatoria.
10	Estrategias	Planes definidos por la institución para lograr un envejecimiento activo y saludable a corto, mediano y largo plazo.
11	Modelo de atención centrado en la persona (MACP)	Opinión que los informantes san sobre los modelos de atención centrados en la persona.

Posteriormente se realizó la organización de los datos mediante el programa de análisis cualitativo Atlas.ti 7 y con la información generada (Anexo 5) se procedió con el análisis final de los resultados.

B. Análisis de resultados

El análisis de los resultados se realizó de acuerdo al orden de los códigos definidos anteriormente.

1. Envejecimiento activo

- La definición de envejecimiento activo fue definida por los tomadores de decisiones (TD) de las cuatro instituciones de forma correcta, todos coincidieron en mayor o menor grado con la definición formulada por la Organización de la salud, aunque con variaciones todos la definieron como un “proceso” que potencializa el bienestar físico, social y mental a lo largo de todo el ciclo de la vida esto con el fin de incrementar la calidad de vida en la vejez.

Observaciones:

La tomadora de decisiones de los servicios estatales de salud (TD-SES), proporciona una definición de la mezcla de los términos envejecimiento activo, saludable y productivo. Por otra parte la tomadora de decisiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (TD-IMSS) es la que la definición más pobre de este término sin especificar que es un proceso que se lleva a cardo de todo el ciclo vital.

2. Envejecimiento saludable

- Existen diferencias entre las definiciones proporcionadas por los TD, la TD-ISSSTE es la que proporciona la definición más completa, enfatizando que el envejecimiento saludable es el resultado de un envejecimiento activo, por otra parte el TD-INAPAM brinda una respuesta que

profundiza en la parte social. Las respuestas de las TD-SES e IMSS, son poco específicas e incompletas.

Observaciones:

Aunque las respuestas de los TD-ISSSTE e INAPAM son adecuadas ninguna de las dos respuestas incluye los términos autocuidado, autogestión o ayuda mutua explícitamente.

3. Envejecimiento institucional

- Es variable el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que ofrecen las diferentes instituciones, debido al número de derechohabientes totales por institución y el porcentaje de personas adultas mayores.
- En el caso de los SES el envejecimiento no tiene un impacto importante, ya que aunque da atención a más de 2 millones de personas adultas mayores, esta cifra solo representa el 7.8% de los derechohabientes totales de la institución.
- El ISSSTE es la institución que cuenta con la población derechohabiente más envejecida, ya que el número de personas adultas mayores representa aproximadamente el 13%, superando el porcentaje a nivel nacional que es del 9%.
- En el IMSS aproximadamente el 11% de sus derechohabientes son personas adultas mayores, aunque este porcentaje no es el más alto, en la institución una de cada cuatro consultas otorgadas en las unidades de medicina familiar están destinadas a este grupo etario, lo cual es de gran importancia, debido a que esta institución cuenta con el mayor volumen de PAM y es la más utilizada por las personas adultas mayores para recibir atención médica.
- El financiamiento de los servicios de salud para las personas adultas mayores en las cuatro instituciones proviene del presupuesto general con el que cuenta cada institución, en algunos casos como el ISSSTE y los SES gestionan financiamiento externo con universidades y organizaciones de la sociedad civil. El INAPAM es la única de las cuatro instituciones que tiene un financiamiento destinado específicamente para la atención de las personas adultas mayores bajo el concepto de “Servicios a grupos con necesidades especiales”.

- Las proyecciones del envejecimiento institucional varían de acuerdo al lapso de tiempo tomado en cuenta, los SES esperan 20 millones de PAM para el año 2030, para este mismo año el ISSSTE prevé que el 25% de sus derechohabientes serán PAM, cifra que espera el IMSS (28%) para el año 2050.

Observaciones:

No se puede establecer el impacto que tiene el envejecimiento en los servicios de salud del INAPAM, ya que esta institución brinda principalmente servicios sociales. Las proyecciones del INAPAM hacen referencia a las proyecciones nacionales para el año 2050 en donde se esperan 36 millones de PAM en México.

4. Modelo actual

- Los SES y el IMSS (GERIATRIMSS) cuentan con un modelo de atención clásico, primordialmente clínico, centrado en la enfermedad; en contraste el INAPAM cuenta con cinco modelos de atención (albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes) de tipo social en los cuales se brindan diferentes servicios dependiendo del modelo.
- La única institución que cuenta con un modelo de atención de tipo gerontológico es el ISSSTE (Envejecimiento Saludable) y opera a través de 124 módulos gerontológicos ubicados en algunas unidades de medicina familiar, en estos módulos se brinda atención a las personas adultas mayores con un abordaje biopsicosocial.

Observaciones:

Los centros de atención integral (CAI) del INAPAM, son el único modelo de esta institución que integra servicios geriátricos/gerontológicos, en el resto predominan los servicios gerontológicos.

5. Fortalezas

- Las fortalezas de los diferentes modelos de atención se centran en el tipo de atención y personal capacitado, el ISSSTE, IMSS e INPAM, establecen como principal fortaleza brindar

una atención integral a las PAM; ISSSTE e INAPAM coinciden en contar con personal capacitado para la atención de las PAM en los módulos gerontológicos y en los centros de atención integral respectivamente; por su parte los SES únicamente mencionan como fortaleza la generación de guías de consulta para los médicos de las unidades de atención ambulatoria.

Observaciones:

Aunque ISSSTE e INAPAM cuentan con personal capacitado, solo el ISSSTE da capacitación continua (anual) a su personal.

6. Debilidades

- Las cuatro instituciones enlistan como una debilidad del modelo de atención utilizado actualmente la falta de recursos (humanos, materiales y financieros); los SES y el IMSS hacen hincapié en la falta de sensibilización y capacitación de los médicos del primer nivel de atención en cuanto al envejecimiento y atención de las personas adultas mayores.

Observaciones:

El modelo de atención del IMSS es el que presenta el mayor número de debilidades, entre ellas se incluye la baja satisfacción del usuario por no dar respuesta a las necesidades sociales y la inadecuada coordinación entre los tres niveles de atención.

Los modelos de atención del INAPAM se concentran en el Distrito Federal y el área metropolitana, contando solo con dos albergues (Oaxaca y Guanajuato) y una residencia de día (Zacatecas) en el interior de la república.

7. Recursos no humanos

- La infraestructura con que cuentan los modelos de atención para las personas adultas mayores en México es diferente en cada institución, los SES y el IMSS no cuentan con instalaciones destinadas específicamente para la atención de este grupo etario por lo que utilizan las instalaciones disponibles en todas las unidades de atención ambulatoria y de medicina familiar respectivamente, mismas que no cuentan con las adaptaciones o modificaciones necesarias para la atención de las PAM, ambas instituciones coinciden en la

falta de recursos financieros como el principal obstáculo para la adaptación de las unidades de atención ambulatoria.

- El ISSSTE e INAPAM cuentan con instalaciones adecuadas para la atención de las PAM, el ISSSTE cuenta con 124 módulos gerontológicos y el INAPAM suma 26 inmuebles entre sus cinco modelos de atención, las instalaciones de ambas instituciones cumplen con los requerimientos mínimos para poder brindar una atención integral y de calidad a las PAM.

Observaciones:

La única unidad diseñada para funcionar como centro gerontológico en México es la clínica de medicina familiar ubicada en la calle de Perú del centro de la ciudad de México, misma que no pudo entrar en funcionamiento por falta de recursos.

Aunque el IMSS no cuenta con instalaciones específicas para la atención de las PAM, en el año 2010 se inaugura el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores, en la unidad de medicina familiar No. 23 del Distrito Federal, la cual fue adaptada para brindar servicios gerontológicos.

8. Recursos humanos

- La falta de recursos humanos especializados para la atención de las personas adultas mayores en el ámbito operativo y administrativo es una constante todos los modelos de atención, los SES cuentan con el personal adscrito a cada unidad de atención ambulatoria, el ISSSTE tiene 705 especialistas en envejecimiento encargados del funcionamiento de los módulos gerontológicos, el IMSS al igual que los SES, únicamente dispone del personal de las unidades de medicina familiar, por último en el INAPAM existen 803 personas trabajando en la atención de las PAM.
- Entre las principales acciones que se están llevando a cabo para subsanar la falta de recursos humanos especializados para la atención de las PAM, encontramos la capacitación de médicos especialista en geriatría y la impartición de cursos de educación continua con contenidos geriátricos a médicos familiares por parte del IMSS; la capacitación de médicos generales mediante diplomados en gerontología clínica y cursos de alta especialidad en gerontología clínica por parte del ISSSTE; la inclusión de gerontólogos clínicos y cuidadores

de pacientes discapacitados en las unidades de atención ambulatoria por parte de los SES y la capacitación en gerontología social y clínica del personal que da atención a las PAM en los estados por parte del INAPAM.

Observaciones:

En ninguna institución está reconocida la figura del gerontólogo social.

Los SES cuentan con el menor número de personal médico y no médico capacitado para la atención de las personas adultas mayores.

El IMSS se está dando a la tarea de modificar las plazas de medicina interna a plazas de geriatría para incluir a médicos especialistas en las unidades de atención ambulatoria.

9. Retos

- Los retos que cada institución varían de acuerdo al porcentaje de envejecimiento de su población, la demanda de servicios de las PAM y las proyecciones que se tienen para este grupo etario. Un reto que comparten los SES, el ISSSTE y el INAPAM es la geriatrización del personal de salud que se encuentra en las unidades de atención ambulatoria.
- Los principales retos de las instituciones son:

SES

1. Modificar las currículas universitarias de todas las profesiones que tengan contacto con las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social) con el fin de estandarizar los conocimientos en materia de envejecimiento.
2. Desarrollar un diagnóstico situacional de las PAM para el diseño e implementación de modelos de atención que promuevan el envejecimiento activo y saludable.
3. Implementar centros de día para patología para PAM de medios escasos.

ISSSTE

1. Consolidación del programa Envejecimiento Saludable, dando prioridad a la atención preventiva.
2. Alcanzar el 100% de módulos gerontológicos acreditados en el Distrito Federal e incrementar el número de módulos acreditados a nivel nacional.

IMSS

1. Brindar una atención homologada basada en guías de práctica clínica.
2. Mejorar la calidad de la atención de las PAM en las unidades de atención ambulatoria.
3. Capacitación y sensibilización del cuidador primario.

INAPAM

1. Difusión de una cultura de envejecimiento.

10. Estrategias

- Las estrategias adoptadas por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud se enumeran a continuación:

SES

- Inclusión del gerontólogo clínico y del cuidador de pacientes discapacitados al proceso de atención de las personas adultas mayores a nivel central (Distrito Federal).
- Sensibilización y capacitación de los médicos de las unidades de atención ambulatoria en temas de envejecimiento y atención de personas adultas mayores.
- Conformación de un modelo de atención integral en las unidades de atención ambulatoria, capaz de dar respuesta oportuna a las necesidades de las PAM.

ISSSTE

Mediano plazo

- Vinculación y coordinación de los tres niveles de atención.
- Adecuación y mantenimiento de la infraestructura de los módulos gerontológicos.

- Completar las plantillas de personal de los módulos gerontológicos.

Largo plazo

- Implementación de los programas: Atención a domicilio y Cuidados geriátricos.

IMSS

Corto plazo

- Actualización y capacitación del personal de salud de las unidades de atención ambulatoria en temas de envejecimiento.

Mediano plazo

- Reforzar el programa GERIATRIMSS mediante la puesta en marcha del plan gerontológico 2006-2025.

Largo plazo

- Incluir nuevos servicios en la atención de las personas adultas mayores (atención geriátrica a domicilio, estancias diurnas y residencias).
- Implementar servicios tecnológicos como la tele-asistencia y tele-alarma en las unidades de atención ambulatoria.

INAPAM

- Brindar asesoría y apoyo a instituciones que brinden atención a las personas adultas mayores.
- Desarrollar políticas públicas en materia de envejecimiento.
- Capacitación de recursos humanos.

Observaciones:

La generación de recursos humanos capacitados para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria es una estrategia que tienen en común las cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud a las PAM.

11. Modelo de atención centrado en la persona (MACP)

- Todos los TD de las diferentes instituciones participante tienen un concepto parecido de MACP, coinciden en que este tipo de modelos proporcionan una atención integral con un enfoque biopsicosocial, que da respuesta a las necesidades específicas de cada persona, proporcionándole herramientas que promuevan el autocuidado, la autonomía y la autogestión.

III. Diseño del modelo

Para el diseño de este modelo se toman en cuenta siete principios rectores que se encuentran relacionados con la persona, su dignidad y sus derechos (Figura 7), mismos que sirven como punto de partida para derivar criterios de intervención para el óptimo funcionamiento del modelo (Cuadro IV).

Cuadro IV. Principios y criterios de intervención de la atención centrada en la persona.

Principios Rectores	Criterios de Intervención
Autonomía	Diversidad
Participación	Accesibilidad
Integralidad	Interdisciplinariedad
Individualidad	Atención personalizada Flexibilidad
Independencia	Promoción de la autonomía
Inclusión social	Prevención/Rehabilitación
Atención continua	Coordinación

Fuente: La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. España, 2010.

Además de los principios rectores, es importante no dejar de lado la inclusión y aplicación de los principios éticos en el diseño de todo modelo gerontológico (Figura 7), lo que nos asegurara no incurrir en acciones que causen daño (físico, psicológico o social), discriminación, o arbitrariedad, siempre procurando obtener el máximo beneficio para la persona adulta mayor y su familia.

Figura 7. Principios del modelo de atención gerontológico centrado en la persona.

Rectores	Éticos
Autonomía	Autonomía
Participación	Justicia
Integralidad	No maleficencia
Individualidad	Beneficencia
Independencia	
Inclusión social	
Atención continua	

Fuente: Elaboración propia.

Una vez establecidos los principios (rectores y éticos), se definieron las características fundamentales (Figura 8) que debía tener el modelo propuesto para los servicios de salud en México, las cuales establecen: a la persona como el centro del proceso de atención; brindar una atención de calidad con un enfoque integral haciendo hincapié en la promoción y prevención de la salud; cambio en los roles del personal de salud (facilitadores) e incorporación de nuevas figuras en el proceso de atención de las personas adultas mayores (gerontólogo social, enfermero(a) gerontológico, cuidador de pacientes discapacitados); fomentando en todo momento la autonomía, autocuidado e independencia de cada una de las personas adultas mayores.

Por último de integro la información obtenida del análisis de las entrevistas y de la revisión documental para construir el modelo de atención gerontológico centrado en la persona para las unidades de atención ambulatoria en México (MAGCP/UAAM) (Figura 9).

El MAGCP/UAAM propuesto coloca a la persona adulta mayor en el centro del proceso de atención, tiene como pilares primarios los principios rectores, éticos y el contexto en el que se desarrolla la persona adulta mayor (familia y la comunidad), además de seis áreas estratégicas (cuatro de atención y dos externas):

- a. Atención
 1. Funcional
 2. Física
 3. Mental

4. Social

b. Externa

5. Recursos no humanos
6. Políticas públicas

A continuación se describe cada una de las áreas de atención:

1. Funcional

- Esta área es la puerta de entrada al modelo, en ella el enfermero(a) gerontológico(a) es el responsable de realizar la evaluación inicial a la PAM según los instrumentos definidos por cada institución (historia clínica gerontológica) a fin de obtener un panorama general de la PAM, para posteriormente poder dirigirlo a cualquiera de las otras áreas de atención (física, mental o social) o en su defecto dar respuesta a su necesidad.

2. Física

- En esta área se enfoca en el diagnóstico de síndromes geriátricos; en la evaluación de enfermedades agudas y crónicas (evolución y tratamiento); en la asesoría nutricional; y en el seguimiento de terapias físicas y de rehabilitación. Esta área es predominantemente clínica y participan diferentes profesionales de la salud (médico, terapeuta físico, nutriólogo).

3. Mental

- En esta área se realiza la valoración psicológica integral, haciendo hincapié en la búsqueda de deterioro de las funciones cognitivas y/o afectivas. Esta área se encuentra a cargo de un psicólogo(a).

4. Social

- Esta área es de predominio social, se encuentra a cargo de una trabajadora social o un gerontólogo social y busca primordialmente dar respuesta a las necesidades sociales de las personas adultas mayores (cuidadores, redes sociales, situación económica, situación laboral, vivienda, actividades recreativas, etc.).

Las áreas externas contemplan todo aquel recurso no humano (financiamiento, infraestructura y materiales), así como las políticas públicas que inciden directa e indirectamente en la atención a las personas adultas mayores a nivel institucional y nacional.

De acuerdo a la literatura y los resultados obtenidos en este proyecto no existen los recursos humanos suficientes para cubrir las necesidades de cada unidad de atención ambulatoria (UAA) en México, por lo que es necesario crear un núcleo básico para la atención de las personas adultas mayores que cubra todas las áreas de atención y pueda implementarse en la mayoría de las UAA, este núcleo básico** debe estar conformado por:

- Médico gerontólogo (médico general o familiar)
- Enfermera gerontogeriatra o gerontóloga o con capacitación gerontológica (enfermera general o especialista)
- Trabajador(a) social

**El profesigramas de este núcleo básico se detalla en el Anexo 6.

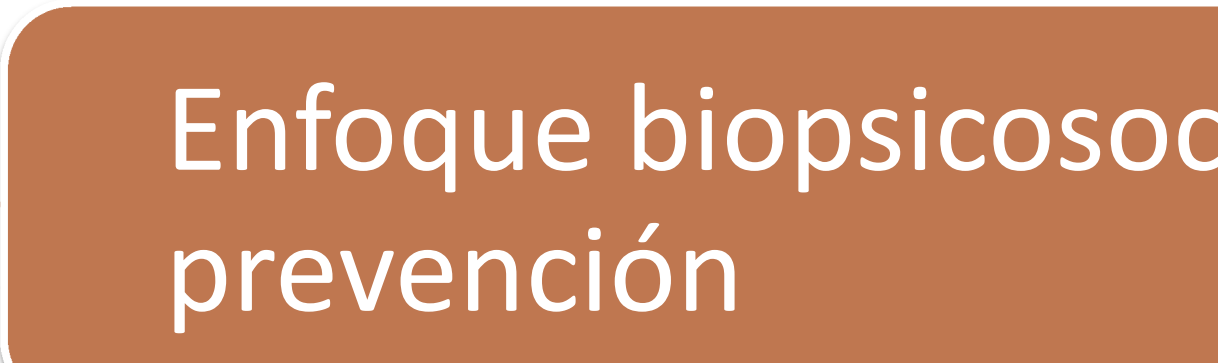
Figura 8. Características del modelo de atención gerontológico centrado en la persona



M



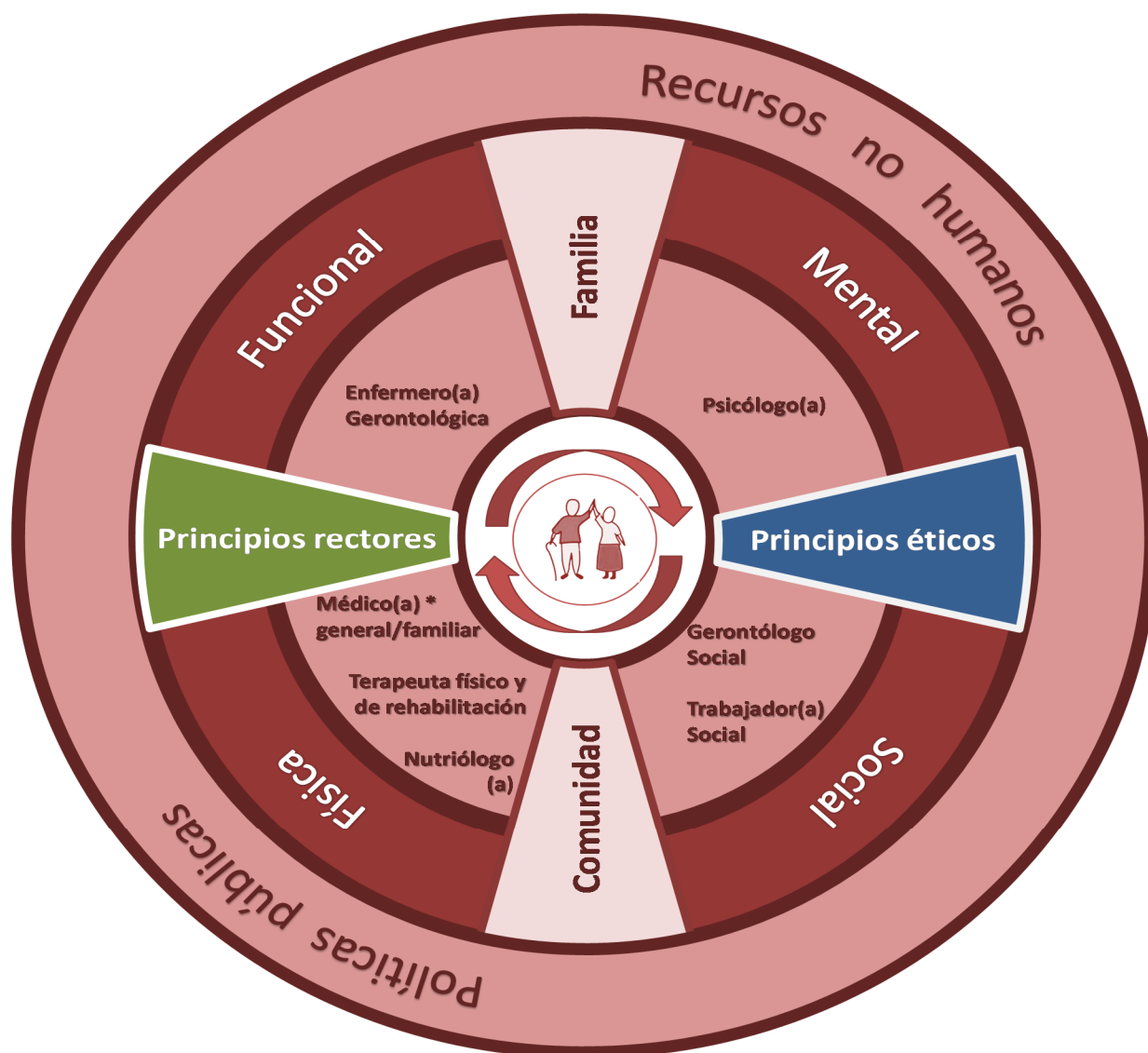
Lugar central de la p



Enfoque biopsicosoc
prevención

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Propuesta de modelo de atención gerontológica centrado en la persona para unidades de atención ambulatoria en México.



***Capacitados para la atención de las personas adultas mayores.**

Fuente: Elaboración propia.

1. Las condiciones de envejecimiento en países en desarrollo como México responden a tres dimensiones: heterogeneidad e inequidad socioeconómicas y de género, rápido crecimiento y pobreza.
2. La atención de las personas de 60 años y más se ha centrado principalmente en el asistencialismo y dependencia, dejando de lado la inclusión de este grupo etario en la formulación de políticas públicas que les permita dar solución a sus problemas y necesidades.
3. Es necesario realizar evaluaciones a mediano y largo plazo de los programas enfocados en la atención de la salud de los adultos mayores, que contribuyan al mejoramiento y fortalecimiento de los sistemas de salud en México.
4. De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo existe un desconocimiento en los conceptos básicos referentes al envejecimiento entre algunos de los tomadores de decisiones de las diferentes instituciones de salud que brindan atención a las personas adultas mayores, lo que puede ocasionar discrepancias en el enfoque de los programas de salud.
5. Es prioritario el diseño de un programa de salud nacional para las personas adultas mayores basado en la atención ambulatoria que permita desarrollar adecuadamente la implementación de acciones preventivas en etapas tempranas de la vida, asegurando así un envejecimiento activo y saludable.
6. Aunque existen esfuerzos de algunas instituciones (ISSSTE e INAPAM) por implementar modelos de atención integral (geriátrico/gerontológica), en las unidades de atención ambulatoria de los servicios de salud predomina un modelo clínico, centrado únicamente en la enfermedad, que no cubre del todo las necesidades de las personas adultas mayores.
7. Según datos obtenidos del último censo realizado por el INEGI, la principal institución que utilizan las personas adultas mayores para la atención de su salud es el IMSS (37.2% 60-84 años y 30.5% $\geq$ 85 años); seguido por los SES (27.7% 60-84 años y 29.5% $\geq$ 85 años); y en tercer lugar los servicios privados (19.8% 60-84 años y 25% $\geq$ 85 años), estos últimos teniendo una repercusión directa en la economía de las personas adultas mayores.
8. La falta de sensibilización, capacitación y recursos (humanos, materiales y financieros) son las principales debilidades de los modelos de atención para las personas adultas mayores utilizados actualmente por las instituciones de salud.

9. En México no se cuenta con especificaciones arquitectónicas para el diseño de una unidad de atención gerontológica, por lo que los requerimientos mínimos se establecen de acuerdo a cédulas de acreditación interna (ISSSTE) y servicios que se ofertan (INAPAM).
10. México tiene un déficit de personal de salud destinado a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria, de acuerdo a indicadores nacionales e internacionales, los recursos humanos disponibles actualmente son insuficientes para brindar una atención integral y de calidad a las personas adultas mayores.
11. No se cuenta con un diagnóstico situacional de las personas adultas mayores en México, lo que dificulta el diseño e implementación de modelos de atención que promuevan el envejecimiento activo y saludable.
12. Es urgente el desarrollo de un modelo de atención eficiente y eficaz para las unidades de atención ambulatoria de las diferentes instituciones de salud en México, con un enfoque geriátrico y gerontológico que se adapte al contexto actual de las personas adultas mayores.
13. De acuerdo a las características y funcionamiento del modelo de atención gerontológico centrado en la persona (MAGCP), se propone como la mejor opción para mejorar la atención de las personas adultas mayores, optimizar la utilización de recursos disponibles y asegurar el adecuado funcionamiento del sistema de salud en México durante los próximos años.

Recomendaciones

1. Es prioritario el diseño de un programa de salud nacional para las personas adultas mayores basado en la atención ambulatoria que permita desarrollar adecuadamente la implementación de acciones preventivas en etapas tempranas de la vida, asegurando así un envejecimiento activo y saludable.
2. Es necesario el desarrollo de programas de salud basados en la atención primaria del adulto mayor, con un abordaje integral que le permita mantener su salud y prevenir discapacidades.
3. Homogeneizar los conocimientos referentes al envejecimiento activo y envejecimiento saludable, distinguiendo sus principales características y diferencias, a través de la capacitación continua de todo el personal de salud.
4. Promover el envejecimiento saludable y activo en los servicios de salud en México mediante la colaboración y coordinación intersectorial e interinstitucional.

5. Desarrollar modelos de atención de salud centrados en la persona adulta mayor que brinden atención integral (geriátrico/gerontológica) capaces de subsanar las necesidades específicas de cada persona adulta mayor que haga uso de los servicios de las unidades de atención ambulatoria.
6. Incrementar la calidad de la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria en México, mediante la creación de un programa de acreditación de la atención prestada a las personas adultas mayores.
7. Descentralización de la atención a las personas adultas mayores, mediante la conformación de unidades de atención ambulatoria en áreas geográficas estratégicas provistas de todos los recursos humanos y no humanos indispensables para su óptimo funcionamiento.
8. Diseñar un programa de formación y capacitación de recursos humanos a nivel nacional (interinstitucional), definiendo las competencias y habilidades mínimas sobre salud y envejecimiento que se requieren para poder dar respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores.
9. Inclusión de nuevos actores en el modelo de atención de las personas adultas mayores (gerontólogo social/clínico, cuidadores de pacientes con discapacidad, promotores para el desarrollo integral gerontológico, etc.) dependiendo de las necesidades específicas de este grupo etario.
10. Desarrollar políticas públicas basadas en la investigación de los determinantes del envejecimiento saludable, que den respuesta a las necesidades en salud de las personas adultas mayores.
11. Incorporación de la atención geriátrica como servicio básico en las unidades de atención ambulatoria.

Limitaciones del Estudio

Las recomendaciones obtenidas de este ejercicio académico son de carácter general y se deberán adaptar al contexto de cada una de las unidades de atención ambulatoria e institución a la que pertenezcan para su correcta implementación.

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Anexo Programas y Proyectos [monografía en internet]. OMS, 2012. [consultado 2012 mayo]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Anexo Programas y Proyectos [monografía en internet]. OMS, 2012. [consultado 2012 mayo]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
4. Eurostat. Demography Report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.
5. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública [monografía en internet]. OPS, 2012. [consultado 2012 mayo]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796&Itemid=1914
6. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población, 2004.
7. Organización Panamericana de la Salud. Basic health indicators - Regional indicator dashboard [monografía en internet]. OPS, 2009. [consultado 2012 mayo]. Disponible en: <http://ais.paho.org/phis/viz/regionalindicatordashboard.asp>
8. Banco Mundial. Envejecimiento de la población: ¿Está preparada América Latina?. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
9. Durán L, García C, García LA, Ordieres M. Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:245-246.
10. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. 1a. edición. España: Vitoria-Gasteiz, 2011.
11. Trigub A, Cantale C. Medicina centrada en el paciente. Diplomatura Universitaria en Medicina Familiar. Paraguay 2006.
12. Durán L, García C, García LA, Ordieres M. Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:246-247.

13. Alliance for Health Reform. "Changing the Nursing Home Culture". Washington, D.C.: Boletín Marzo, 2008.
14. Durán L, García C, García LA, Ordieres M. Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:248.
15. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. RevEspGeriatrGerontol2002;37 (S2), pp. 74-105.
16. Engler T. Marco conceptual del Envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En: Engler TA, Peláez MB. Más vale por viejo. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002:23-64.
17. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa-Muñoz E. Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. México: FES Zaragoza, UNAM, 2008:47-66.
18. Mendoza-Núñez VM. Gerontología comunitaria. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la geriatría. 2a ed. México: Mc Graw Hill, 2007:496-503.
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Montevideo: CEPAL 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo. México: Secretaría de Salud de México 2002.
21. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. 1a. edición. España: Vitoria-Gasteiz, 2011:39.
22. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. 1a. edición. España: Vitoria-Gasteiz, 2011:40.
23. Secretaría de Relaciones Exteriores. Respuesta del gobierno de México sobre las medidas establecidas desde la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002). México, 2005.
24. Consejo Nacional de Población (2004). La población de adultos mayores se multiplicará por cinco hacia el año 2050. Consulta agosto de 2011 en:
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/742004.pdf>
25. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población, 2004:24.
26. Dirección General de Epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad anuario 2011. México:Secretaría de Salud, 2012:125,167.

27. Secretaría de Agricultura y Fomento. Tercer censo de población. México: Dirección de Estadística, 1918.
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 1921. [monografía en internet]. INEGI, 2011. [consultado 2013 abril]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv1921/default.aspx>
29. Secretaria de Hacienda. Censo general de habitantes. México: Departamento de la Estadística Nacional, 1928.
30. La longevidad en el Distrito Federal según los censos de 1910 y 1921.
31. Uribe A. Maltrato en el paciente geriátrico. Ponencia impartida el 18 de mayo del 2000 en la CNDH, Ciudad de México.
32. Mendoza ME, Tapia G. Situación sociodemográfica de México 1910-2010. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2010. México: CONAPO, 2010:11-24.
33. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México, 1998. México: Consejo Nacional de Población, 1998.
34. Gómez J, Partida V. Sesenta y cinco años de mortalidad en México, una reconstrucción demográfica 1930-1995. México: CONAPO, 1998.
35. Consejo Nacional de Población. República mexicana: población a mitad de año por sexo y edad, 2005-2050. México: Consejo Nacional de Población, 2009.
36. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad social: un nuevo consenso. Ginebra: OIT, 2002.
37. Valencia A. Pensiones y seguridad social. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2004. México: CONAPO, 2004:83-90.
38. Jiménez L. Políticas de población en México: un acercamiento a sus planteamientos y efectos. México: UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1992.
39. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la asamblea mundial sobre el envejecimiento. Viena: ONU, 1982.
40. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Seminario: la asistencia social del anciano en México. México, 1983.
41. Vivaldo M, Martínez M. La política pública para el envejecimiento. En México. Historia análisis y perspectiva. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:27-28.
42. Instituto Nacional de la Senectud. Acción y proyección del INSEN. México: INSEN, 1982.
43. OMS-UNICEF. Atención primaria en salud. Alma Ata, 1978.
44. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México, 1983.

45. Manterola A. La asistencia jurídica en el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia. Asistencia jurídico social a la familia. México, 1985:265-269.
46. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 3er Seminario de Asistencia Social al anciano. México, 1985.
47. Durán L. Financiamiento de la atención a la salud de las personas de la tercera edad. Salud Pública Mex 1966;38:501-512.
48. Instituto Nacional de la Senectud. Programas de investigación y desarrollo social. México; INSEN, 1995:78.
49. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. México, 1995.
50. Subdirección de Investigación y Desarrollo Social. Programas Asistenciales y Servicios Sociales. México, 1996.
51. Vivaldo M, Martínez M. La política pública para el envejecimiento. En México. Historia análisis y perspectiva. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:32.
52. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, 2001.
53. Secretaría de Relaciones Exteriores. Respuesta del gobierno de México sobre las medidas establecidas desde la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento 2002. México, 2005.
54. Vivaldo M, Martínez M. La política pública para el envejecimiento. En México. Historia análisis y perspectiva. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:36-38.
55. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. México: INAPAM, 2010.
56. Instituto de Geriatria. Antecedentes del Instituto de Geriatria. [consultado 2011 octubre 13]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>.
57. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2012.
58. Herder L. El arte de envejecer. En Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
59. Murray CJL, Lopez AD: Mortality by cause for different regions of the world: Global burden of diseases study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
60. Dirección General de Epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad anuario 2011. México: Secretaría de Salud, 2012.
61. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. INEGI. 2011.

62. Barrantes M, García EJ, Gutiérrez LM y Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49suppl 4:S459-S466.
63. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México:Secretaría de Salud, 2012.
64. Gutiérrez LM. La academia nacional de medicina, el envejecimiento y la salud de los mexicanos. En México. Historia análisis y perspectiva. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D, comp. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2012:22.

Anexo 1
Cronograma de actividades

Actividad	2012				2013										
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Aprobación y registro del título de tesis y comité de dirección															
Elaboración y corrección del protocolo															
Aprobación del protocolo por la directora de tesis															
Aprobación por la comisión de Ética															
Recolección de datos de fuentes primarias															
Realización de entrevistas en México															
Análisis de la información recabada															
Elaboración del informe final															
Aprobación de la tesis por parte del comité de dirección															
Registro del jurado															
Corrección de tesis y votos aprobatorios del jurado															
Presentación de examen de grado															

Guía de entrevista

Mi nombre es Rodolfo Miguel Carrillo Torres, soy alumno de la Escuela de Salud Pública de México y actualmente me encuentro cursando la Maestría en Salud Pública con área de concentración en administración en salud.

El objetivo de esta entrevista es analizar el modelo de atención en salud utilizado para las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria de esta institución.

Me gustaría iniciar con una breve introducción sobre su formación, cargo y funciones que desempeña en la institución.

ENVEJECIMIENTO EN MEXICO

Partiendo de esto quisiera saber cuál es su definición de **envejecimiento activo** y de **envejecimiento saludable**.

En general, ¿Cuál es el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que provee esta institución? ¿Y en el financiamiento de los mismos?

¿Qué porcentaje de los derechohabientes de esta institución son personas adultas mayores?

¿Cuáles son las proyecciones de este grupo etario para la institución?

MODELO DE ATENCION UTILIZADO ACTUALMENTE

¿En que se basa y cómo funciona el modelo de atención para las personas adultas mayores que utilizan actualmente en la institución?

¿Podría enumerar las principales fortalezas y debilidades de este modelo?

INFRAESTRUCTURA

¿Existe infraestructura destinada específicamente a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

En caso de que exista

¿Qué modificaciones se realizaron y bajo que normativas?

¿Qué porcentaje de unidades de atención ambulatoria cuentan con esta infraestructura?

¿Se tiene contemplado modificar o adaptar las unidades de atención ambulatoria restantes?

En caso de que no exista

¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la adaptación/modificación de las unidades de atención ambulatoria para la atención de las personas adultas mayores?

RECURSOS HUMANOS

¿Actualmente con qué recursos humanos dispone la institución para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

¿Qué porcentaje de estos corresponden a personal clínico, personal enfocado a la atención social y personal administrativo/directivo?

¿Estos recursos humanos son suficientes para dar respuesta a las necesidades de este grupo etario?

¿Qué acciones se están llevando a cabo para incrementar los recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

RETOS Y ESTRATEGIAS

¿Cuáles son los principales retos y desafíos de la institución en la atención de las personas adultas mayores?

¿Qué estrategias o líneas de acción está siguiendo la institución para lograr un envejecimiento activo a corto, mediano y largo plazo?

MACP (Modelo de atención centrado en la persona)

¿Cuál es su opinión de los modelos de atención centrados en la persona?



Anexo 3

Carta de consentimiento informado

Modelo de atención gerontológica centrado en la persona para los servicios de salud en México

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A TOMADORES DE DECISIONES Y ACTORES CLAVE DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MEXICO

Mi nombre es Rodolfo Miguel Carrillo Torres, soy alumno de la Escuela de Salud Pública de México/INSP sede Cuernavaca, actualmente me encuentro cursando la Maestría de Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud. Como parte de mi proyecto de titulación, llevaré a cabo entrevistas a tomadores de decisiones y actores clave de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas adultas mayores en México, con el fin de recabar información sobre el modelo de atención en salud utilizado actualmente para la atención de las personas adultas mayores, así como los recursos (humanos, financieros, materiales) con los que cuentan.

Su participación en la entrevista es totalmente voluntaria, y puede retirarse en el momento que usted lo desee, sin que exista problema alguno. Su colaboración será totalmente anónima y la información que se recolecte será utilizada únicamente con fines académicos.

Este proyecto no tiene ningún riesgo físico, biológico o psicológico, mientras que las molestias que pudiéramos causarle se limitarán a disponer de sus tiempos.

Consentimiento:

Al aceptar, está de acuerdo en participar en la entrevista, confirmando que se le han aclarado todas sus dudas relacionadas con el proyecto. De igual forma solicitó su autorización para que durante la realización de la entrevista me permita grabar el audio.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto se le proporcionará una tarjeta con información que contiene datos de los investigadores responsables del proyecto.

Gracias por su participación.



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos.

Proyecto:

“Modelo de atención gerontológica centrado en la persona para los servicios de salud en México”

En caso de tener dudas, comentarios o quejas favor de comunicarse con el Licenciado en Médico Cirujano Rodolfo Miguel Carrillo Torres al teléfono (044) 55 41 85 64 26 o al correo electrónico rodolfocmt92@hotmail.com.

Si tiene Usted preguntas generales acerca de sus derechos como participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética, Dra. Ivonne Castro, al teléfono (01777) 3 29 30 00 extensión 7424, de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs.

Fecha:_____.

Gracias por su participación

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatitlán; Cuernavaca Morelos, México.



Anexo 4.1

SES

Subdirección de Atención al Envejecimiento

El objetivo de esta entrevista es analizar el modelo de atención en salud utilizado para las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria de esta institución (SES).

ENVEJECIMIENTO EN LA INSTITUCION

Partiendo de esto quisiera saber cuál es su definición de **envejecimiento activo** y de **envejecimiento saludable**.

Nosotros nos basamos en la definición de la organización mundial de la salud la cual define al envejecimiento activo y saludable como la optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, esto con el objetivo de ampliar la esperanza de vida, la productividad de las personas y la calidad de vida en la vejez.

En general, ¿Cuál es el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que provee esta institución? ¿Y en el financiamiento de los mismos?

Actualmente el impacto que tiene el envejecimiento en los servicios de salud no se considera importante si lo comparamos con el impacto que tiene la atención a personas diabéticas o hipertensas que inician su padecimiento antes de los 60 años.

En cuanto al financiamiento solo se tienen 6 millones de pesos para todo lo referente a la atención del envejecimiento en México, aunque se cuentan con diversos apoyos externos por parte de diferentes programas, instituciones y universidades.

¿Qué porcentaje de los derechohabientes de esta institución son personas adultas mayores?

Nosotros trabajamos con el 42% de la población adulta mayor del país.

¿Cuáles son las proyecciones de este grupo etario para la institución?

Como país e institución ya estamos en una transición epidemiológica avanzada, por lo que en el año 2030 esperamos que el número de adultos mayores de 60 años haya alcanzado los 20 millones de personas.

MODELO DE ATENCION UTILIZADO ACTUALMENTE

¿En que se basa y cómo funciona el modelo de atención para las personas adultas mayores que utilizan actualmente en la institución?

Nosotros tenemos un modelo de atención clásico, en donde damos atención directa al paciente que es lo que podemos ofrecer, no tenemos para más.

¿Podría enumerar las principales fortalezas y debilidades de este modelo?

Fortalezas

Nosotros a través del comité nacional y algunos de los comités estatales de atención al envejecimiento generamos guías destinadas a médicos que brindan atención a las personas adultas mayores en el primer nivel, estas guías se centran en padecimientos propios del adulto mayor.

Debilidades

Falta de capacitación y sensibilización de los médicos en el primer nivel de atención para la atención de las personas adultas mayores.

Falta de recursos e infraestructura para el programa de atención al envejecimiento debido a la distribución de los recursos a programas que requieren atención prioritaria como el programa de atención de enfermedades crónico degenerativas.

INFRAESTRUCTURA

¿Existe infraestructura destinada específicamente a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

No existen instalaciones destinadas únicamente a la atención de los adultos mayores, la atención a este grupo se brinda en las unidades de primer nivel en conjunto con la atención a todos los demás grupos etarios.

En caso de que exista

¿Qué modificaciones se realizaron y bajo que normativas?

¿Qué porcentaje de unidades de atención ambulatoria cuentan con esta infraestructura?

¿Se tiene contemplado modificar o adaptar las unidades de atención ambulatoria restantes?

En caso de que no exista

¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la adaptación/modificación de las unidades de atención ambulatoria para la atención de las personas adultas mayores?

El principal obstáculo para la adaptación de las unidades de primer nivel es la falta de recursos económicos a nivel federal.

RECURSOS HUMANOS

¿Actualmente con qué recursos humanos dispone la institución para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Se dispone con los recursos humanos de cada una de las unidades de primer nivel de atención, desde un centro de salud rural hasta una unidad de atención jurisdiccional. En cada una de las unidades el personal varía y en algunas no es fijo ya que existe una alta rotación como es el caso de las unidades atendidas por pasantes de servicio social.

A nivel central se cuenta con una enfermera, un trabajador social, una epidemióloga, un geriatra todos con especialidad en adulto mayor y una servidora, es todo el equipo a nivel nacional.

¿Qué porcentaje de estos corresponden a personal clínico, personal enfocado a la atención social y personal administrativo/directivo?

Generalmente el médico encargado de la unidad de primer nivel cubre las funciones clínicas, administrativas y directivas, y el personal de enfermería se encarga de la atención social además de los programas preventivos.

¿Estos recursos humanos son suficientes para dar respuesta a las necesidades de este grupo etario?

No, como te menciono en el primer nivel de atención solo hay un pobre médico que da atención a todos los programas de la secretaría de salud, entre los cuales está incluido el de envejecimiento.

¿Qué acciones se están llevando a cabo para incrementar los recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

El programa de envejecimiento busca incluir a los gerontólogos clínicos y cuidadores en las unidades de primer nivel para disminuir la carga de consultas a los médicos.

RETOS Y ESTRATEGIAS

¿Cuáles son los principales retos y desafíos de la institución en la atención de las personas adultas mayores?

Para nosotros el principal desafío que tenemos en la secretaría de salud a nivel nacional es el desarrollar un diagnóstico situacional de las personas adultas mayores para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas. También buscamos que todas las universidades del país tengan un mismo estándar en materia de envejecimiento y que se cambien las currículas universitarias, tanto para médicos, enfermeras, trabajo social y nutrición. Otro reto que tenemos desde hace tres sexenios es implementar centros de día para patología, debido a la gran necesidad de centros de día en donde atiendan a todas las personas adultas mayores que tienen algún padecimiento crónico degenerativo que los ha dejado con discapacidad, para personas de medios escasos.

¿Qué estrategias o líneas de acción está siguiendo la institución para lograr un envejecimiento activo a corto, mediano y largo plazo?

Como estrategia principal se busca la inclusión al gerontólogo clínico y al cuidado para pacientes discapacitados en el proceso de atención de las personas adultas mayores a nivel central, mediante la incorporación de la carrera de gerontólogo clínico en la secretaría de trabajo y gestionando con la universidad iberoamericana la inclusión y concentración del cuidador para pacientes discapacitados. También se busca sensibilizar y capacitar a los médicos de las unidades de primer nivel en la atención de las personas adultas mayores, todo esto con el fin de conformar un modelo de atención integral, compuesto por un médico, una enfermera, un gerontólogo clínico y un cuidador de pacientes discapacitados que cubra las necesidades de los adultos mayores y pueda ser replicado en todas las unidades de primer nivel del país.

MACP (Modelo de atención centrado en la persona)

¿Cuál es su opinión de los modelos de atención centrados en la persona?

Desde mi punto de vista este tipo de modelos de atención buscan promover la autonomía de la persona en este caso el adulto mayor, desde un abordaje integral, centrándose en las capacidades y habilidades conservadas para lograr o mantener un buen estado de salud, evitando así la dependencia.



Anexo 4.2

ISSSTE

Jefa de Departamento de Programas para Enfermedades Crónico Degenerativas

El objetivo de esta entrevista es analizar el modelo de atención en salud utilizado para las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria de esta institución (ISSSTE).

ENVEJECIMIENTO EN LA INSTITUCION

Partiendo de esto quisiera saber cuál es su definición de **envejecimiento activo** y de **envejecimiento saludable**.

El envejecimiento saludable es el resultado de acciones realizadas durante toda la vida encaminadas al fortalecimiento de estilos de vida que permitan mantener un adecuado estado de salud, calidad de vida y evitar discapacidades en la etapa final de la vida.

Por otra parte el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

En general, ¿Cuál es el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que provee esta institución? ¿Y en el financiamiento de los mismos?

El impacto del envejecimiento poblacional es mayor en el ISSSTE que en cualquier otra institución que provea servicios de salud a las personas adultas mayores, según proyecciones del INEGI, en el año 2020, la población mayor de 60 años en el país se duplicará, llegará a 13% del total, situación que el ISSSTE vive actualmente 13.29 %.

En cuanto al financiamiento, no existe un presupuesto destinado específicamente a los servicios de salud para las personas adultas mayores, lo cual crea dependencia de otros programas y limita las acciones que favorezcan el mejoramiento de los mismos.

La falta de un presupuesto propio es de vital importancia debido a que la atención a las PAM consume el 30% del presupuesto de la seguridad social y ocupa hasta el 60% de las camas de hospital.

¿Qué porcentaje de los derechohabientes de esta institución son personas adultas mayores?

Actualmente el 13.29%.

¿Cuáles son las proyecciones de este grupo etario para la institución?

En general la población mexicana de personas adultas mayores ha crecido a más del 3.7 por ciento anual, lo cual significa que este grupo de edad tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años, tomando en cuenta esto se estima que para el año 2030 1 de cada 4 derechohabientes de esta institución tendrá 60 años o más.

MODELO DE ATENCION UTILIZADO ACTUALMENTE

¿En que se basa y cómo funciona el modelo de atención para las personas adultas mayores que utilizan actualmente en la institución?

El modelo actual de la institución se llama Envejecimiento Saludable y opera a través de 124 módulos gerontológicos ubicados en las unidades de medicina familiar, el modelo tiene cuatro propósitos fundamentales 1) fomentar la cultura del autocuidado de la salud, 2) Promover estilos de vida saludable, 3) desarrollar actividades y programas que mantengan, prolonguen y/o recuperen su funcionalidad y 4) detectar la fragilidad y grado de vulnerabilidad para evitar la dependencia.

¿Podría enumerar las principales fortalezas y debilidades de este modelo?

Fortalezas

Los módulos gerontológicos cuentan con personal capacitado, los cuales cuentan con un perfil específico que garantiza una atención integral, además tanto el personal médico como de enfermería reciben capacitaciones continuas anuales.

Debilidades

Entre las principales debilidades se encuentran la falta de una infraestructura adecuada, ya que algunos módulos tienen problemas de accesibilidad y falta de espacios físicos; falta de incentivos para el personal de módulos gerontológicos acreditados; falta de plazas para personal y de equipo en algunos de los módulos.

INFRAESTRUCTURA

¿Existe infraestructura destinada específicamente a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

El único módulo de atención gerontológica que fue diseñado específicamente para funcionar como centro gerontológico es el que se encuentra en la calle de Perú en el centro de la ciudad de México, los demás fueron adaptados y no cuentan con infraestructura específica para dar atención a las personas adultas mayores.

En caso de que exista

¿Qué modificaciones se realizaron y bajo que normativas?

Para las adaptaciones de los módulos gerontológicos se toma en cuenta una cedula de acreditación la cual especifica los requerimientos mínimos para poder brindar una atención integral y de calidad a las personas adultas mayores.

¿Qué porcentaje de unidades de atención ambulatoria cuentan con esta infraestructura?

Como te comentaba solo se cuenta con un módulo gerontológico de los 124 existentes con la infraestructura específica para la atención de las personas adultas mayores.

¿Se tiene contemplado modificar o adaptar las unidades de atención ambulatoria restantes?

Existe un proyecto para acreditar todos los módulos gerontológicos a nivel nacional en un lapso no mayor a dos años.

En caso de que no exista

¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la adaptación/modificación de las unidades de atención ambulatoria para la atención de las personas adultas mayores?

RECURSOS HUMANOS

¿Actualmente con qué recursos humanos dispone la institución para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

En el primer nivel de atención o en los módulos gerontológicos se cuentan con 165 médicos gerontólogos, los cuales se encargan de la consulta; 185 enfermeras gerontólogas; 195 personas que integran un equipo multidisciplinario, donde podemos encontrar trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, nutriólogas y activadores físicos y; 160 personas capacitadas en terapia física y rehabilitación, encargadas del área de apoyo funcional.

¿Qué porcentaje de estos corresponden a personal clínico, personal enfocado a la atención social y personal administrativo/directivo?

Del total del personal del programa de envejecimiento saludable el 70% es personal clínico, el 27% es personal enfocado a la atención social, 2% personal administrativo y solo se cuenta con un Jefe de departamento de envejecimiento saludable a nivel nacional que representa menos del 1%.

¿Estos recursos humanos son suficientes para dar respuesta a las necesidades de este grupo etario?

Hay un déficit importante en el personal que da atención a las personas adultas mayores en los módulos gerontológicos debido a que no hay plazas, o no se generan plazas para gerontólogos o para personal médico, lo que no asegura una estabilidad laboral al personal.

¿Qué acciones se están llevando a cabo para incrementar los recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Capacitación de médicos familiares y médicos generales mediante diplomados en gerontología clínica o cursos de alta especialidad en gerontología clínica.

RETOS Y ESTRATEGIAS

¿Cuáles son los principales retos y desafíos de la institución en la atención de las personas adultas mayores?

El reto principal para el ISSSTE es consolidar el programa de Envejecimiento Saludable en las unidades del primer nivel de atención, privilegiando la atención preventiva y asegurando la referencia oportuna. Otro reto es incrementar el porcentaje de módulos gerontológicos acreditados a nivel nacional y alcanzar el 100% de módulos acreditados en el Distrito Federal y por último sensibilizar a todos los médicos familiares para que puedan dar una atención integral en las unidades de atención de primer nivel.

¿Qué estrategias o líneas de acción está siguiendo la institución para lograr un envejecimiento activo a corto, mediano y largo plazo?

A corto plazo no hay ninguna debido a la falta de plazas y de presupuesto, a mediano plazo sería la vinculación de todas las áreas del instituto para la atención integral del adulto mayor, otra sería adecuación de las áreas de los módulos gerontológicos y también a mediano plazo sería revisar plantillas de los módulos gerontológicos e implementar al personal como debe de estar; a largo plazo sería la implementación del programa de atención a domicilio y el programa de cuidados geriátricos.

MACP (Modelo de atención centrado en la persona)

¿Cuál es su opinión de los modelos de atención centrados en la persona?

Este tipo de modelo de atención es el modelo óptimo para la atención de las personas adultas mayores ya que es flexible a necesidades con un enfoque biopsicosocial con énfasis de derechos y deberes.



Anexo 4.3

IMSS

Directora del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores

El objetivo de esta entrevista es analizar el modelo de atención en salud utilizado para las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria de esta institución (IMSS).

ENVEJECIMIENTO EN LA INSTITUCION

Partiendo de esto quisiera saber cuál es su definición de **envejecimiento activo** y de **envejecimiento saludable**.

En el IMSS entendemos por envejecimiento activo al proceso de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de las personas adultas mayores. Por otra parte el envejecimiento saludable contempla acciones de promoción y prevención de la salud a través del programa GERIATRIMSS.

En general, ¿Cuál es el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que provee esta institución? ¿Y en el financiamiento de los mismos?

En cuanto a la demanda de servicios, podemos decir que alrededor del 25% de las consultas en las unidades de medicina familiar, del 17% de hospitalizaciones y al 20% de usuarios de servicios de prestaciones sociales corresponden a este grupo etario. El financiamiento se realiza a través de los recursos generales con que cuenta el instituto.

¿Qué porcentaje de los derechohabientes de esta institución son personas adultas mayores?

La población mayor de 60 años corresponde al 11% del total de los derechohabientes de la institución.

¿Cuáles son las proyecciones de este grupo etario para la institución?

Estimamos que para el año 2050 el IMSS las personas adultas mayores representaran el 28% del total de derechohabientes.

MODELO DE ATENCION UTILIZADO ACTUALMENTE

¿En que se basa y cómo funciona el modelo de atención para las personas adultas mayores que utilizan actualmente en la institución?

Actualmente se maneja un modelo diseñado específicamente para la atención de las personas adultas mayores llamado GERIATRIMSS, este modelo es predominantemente clínico y ofrece servicios en las unidades de medicina familiar.

¿Podría enumerar las principales fortalezas y debilidades de este modelo?

Fortalezas

GERIATRIMSS tiene como principal fortaleza el incluir en la atención al adulto mayor las cuatro áreas fundamentales para un envejecimiento saludable, como son el área funcional, el área mental, el área nutricional y el área social.

Debilidades

Es un programa clínico, que muchas veces deja de lado la parte psicosocial, lo que repercute en la satisfacción de los usuarios.

Existe una falta de capacitación y sensibilización del personal médico y de enfermería en la atención de los adultos mayores.

Coordinación inadecuada entre los tres niveles de atención, lo que impide dar un seguimiento adecuado a las personas adultas mayores.

INFRAESTRUCTURA

¿Existe infraestructura destinada específicamente a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Especialmente destinada a la atención de las personas adultas mayores en el ámbito clínico, no, se cuentan con las unidades de medicina familiar en donde se le brinda la atención al usuario y de ser necesario se refiere al segundo nivel. Aunque actualmente se tiene una unidad de medicina familiar ubicada en la zona norte de la ciudad de México, la cual fue adaptada para brindar servicios gerontológicos.

En caso de que exista

¿Qué modificaciones se realizaron y bajo que normativas?

¿Qué porcentaje de unidades de atención ambulatoria cuentan con esta infraestructura?

¿Se tiene contemplado modificar o adaptar las unidades de atención ambulatoria restantes?

En caso de que no exista

¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la adaptación/modificación de las unidades de atención ambulatoria para la atención de las personas adultas mayores?

El principal obstáculo que tenemos en cuanto a la adaptación de las unidades de medicina familiar es la falta de recursos financieros, ya que la mayoría son utilizados para reforzar otros programas del instituto.

RECURSOS HUMANOS

¿Actualmente con qué recursos humanos dispone la institución para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Contamos con el personal de todas las unidades de medicina familiar, médico y no médico.

¿Qué porcentaje de estos corresponden a personal clínico, personal enfocado a la atención social y personal administrativo/directivo?

No contamos con cifras actualizadas, pero existe un predominio del personal clínico, estamos hablando de más de un 80%.

¿Estos recursos humanos son suficientes para dar respuesta a las necesidades de este grupo etario?

Te puedo decir que hoy en día sí, aunque debido a que en algunas unidades de medicina familiar el porcentaje de consultas brindadas a personas adultas mayores supera el 45%, el personal con el que contamos será insuficiente en algunos años para poder atender la demanda de servicios de este grupo.

¿Qué acciones se están llevando a cabo para incrementar los recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Se está llevando a cabo la formación y capacitación de médicos especialistas en geriatría, además de la impartición de cursos de educación continua con contenidos geriátricos.

También se busca transformar las plazas de médico no familiar, en este caso medicina interna a médico no familiar geriatra, esto con el fin de dar una atención especializada a los usuarios.

RETOS Y ESTRATEGIAS

¿Cuáles son los principales retos y desafíos de la institución en la atención de las personas adultas mayores?

El principal reto para el IMSS en cuanto a la atención de este grupo es mejorar la calidad de vida del adulto mayor, para esto se necesita brindar una atención homologada basada en las guías de práctica clínica, esta atención debe ser multidimensional y sistemática, también se debe mejorar la calidad de la atención de los pacientes geriátricos en las unidades de medicina familiar y en los servicios hospitalarios, dar continuidad de la atención al egreso del paciente, rehabilitación de funciones perdidas o deterioradas y finalmente capacitar y sensibilizar al cuidador primario.

¿Qué estrategias o líneas de acción está siguiendo la institución para lograr un envejecimiento activo a corto, mediano y largo plazo?

A corto plazo es prioritaria la actualización y capacitación al personal de salud de las unidades de medicina familia y de las unidades médicas rurales, esto con el fin como te comentaba de mejorar la calidad de la atención y por ende la satisfacción del usuario.

A mediano plazo se busca poner en acción el plan gerontológico institucional 2006-2025, el cual tiene como fin la implementación de modelos innovadores de atención a la salud que incluyan una perspectiva social, esto para complementar y reforzar al programa GERIATRIMSS, lo que mejorara la atención de las personas adultas mayores y por consecuencia su calidad de vida.

Y a largo plazo incluir nuevos servicios en la atención de la salud de los adultos mayores como la atención geriátrica a domicilio, estancias diurnas, residencia, implementación de tecnología como tele-asistencia y tele-alarma.

MACP (Modelo de atención centrado en la persona)

¿Cuál es su opinión de los modelos de atención centrados en la persona?

El modelo de atención centrado en la persona tiene como fin empoderar a los usuarios en cuestiones de autocuidado, autogestión e independencia, desde mi punto de vista este tipo de modelo es el ideal para la atención en salud, ya que ofrece una mejor atención a los usuarios debido al enfoque integral en el cual está basado.



Anexo 4.4

INAPAM Dirección de Atención Geriátrica

El objetivo de esta entrevista es analizar el modelo de atención en salud utilizado para las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria de esta institución (INAPAM).

ENVEJECIMIENTO EN LA INSTITUCION

Partiendo de esto quisiera saber cuál es su definición de **envejecimiento activo** y de **envejecimiento saludable**.

La definición que tenemos en el INAPAM de envejecimiento saludable sería la implementación de acciones y estrategias encaminadas a proveer los medios y las oportunidades a los adultos mayores para optimizar su bienestar físico, social y mental a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación que contribuyan directamente a ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Como te darás cuenta profundiza en la parte social y el envejecimiento activo es el proceso que permite a las personas desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

En general, ¿Cuál es el impacto que tiene el envejecimiento poblacional en los servicios de salud que provee esta institución? ¿Y en el financiamiento de los mismos?

Realmente nuestro impacto es en el ámbito social ya que desde hace unos años el instituto se de la secretaría de salud para formar parte de la secretaría de desarrollo social, el financiamiento de los servicios que ofrece el instituto provienen de tres fuentes principales del gobierno federal, función pública y buen gobierno, servicios de apoyo administrativo y servicios a grupos con necesidades especiales.

¿Qué porcentaje de los derechohabientes de esta institución son personas adultas mayores?

El 100%, como dato interesante, solamente en el periodo comprendido entre el 2006 y el 2011 se afiliaron 6,148,190 adultos mayores.

¿Cuáles son las proyecciones de este grupo etario para la institución?

No podemos de hablar de un estimado para el INAPAM, como te comentaba en los últimos años se tuvo un promedio anual de 1 millón de tarjetas emitidas, pero tomando las proyecciones nacionales que esperan que a mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores, eso te puede dar una idea, cabe recalcar que de los 36 millones más de la mitad tendrán más de 70 años.

MODELO DE ATENCION UTILIZADO ACTUALMENTE

¿En que se basa y cómo funciona el modelo de atención para las personas adultas mayores que utilizan actualmente en la institución?

Se han implementado y se impulsan los siguientes modelos de atención, albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes; cada uno con diferentes servicios.

El objetivo primordial de todos los modelos es ofrecer protección física, mental y social a personas mayores de 60 años en estado de desamparo y desventaja, otorgando servicios según lo requiera cada adulto mayor, estos servicios van desde alojamiento, alimentación, atención médica, rehabilitación, hasta actividades ocupacionales, recreativas esto con el objetivo de mantener la integridad y autosuficiencia del adulto mayor retrasando su deterioro.

¿Podría enumerar las principales fortalezas y debilidades de este modelo?

Fortalezas

Ser la institución rectora en la atención del adulto mayor, tener personal capacitado para la atención del adulto mayor, brindar atención integral para cada tipo de adulto mayor dependiendo del modelo al que acuda.

Debilidades

Contar con mayor presupuesto para un mejor equipamiento, completar plantillas y mejorar la estructura, falta de infraestructura y personal para replicar los modelos de atención en provincia, por lo que los servicios son centralizados.

INFRAESTRUCTURA

¿Existe infraestructura destinada específicamente a la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

El instituto cuenta 26 inmuebles, existen albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes la mayoría ubicados en el Distrito Federal los cuales se encuentran totalmente adaptados para dar atención a las personas adultas mayores. Aunque solamente en los centros de atención integral es donde se brindan servicios de consulta general y especializada.

En caso de que exista

¿Qué modificaciones se realizaron y bajo que normativas?

Cada modelo de atención cuenta con instalaciones definidas de acuerdo al tipo de servicios que ofrecen, algunos se han adaptado y en otros casos se han realizado las modificaciones necesarias.

¿Qué porcentaje de unidades de atención ambulatoria cuentan con esta infraestructura?

En sí como unidades de atención de salud con un enfoque clínico, que serían los centros de atención integral contamos con dos, los cuales cuentan con las instalaciones necesarias para dar una atención integral.

¿Se tiene contemplado modificar o adaptar las unidades de atención ambulatoria restantes?

Se busca mejorar las instalaciones dependiendo de la asignación de recursos.

En caso de que no exista

¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden la adaptación/modificación de las unidades de atención ambulatoria para la atención de las personas adultas mayores?

RECURSOS HUMANOS

¿Actualmente con qué recursos humanos dispone la institución para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

Se cuenta con personal directivo, de enlace, médico especializado, gerontólogos clínicos, odontogeriatras, enfermeras, psicogerontólogos, trabajadores sociales, nutriólogos, activadores físicos y personal de apoyo, en total para el año 2011 éramos 803 personas trabajando en la atención de los adultos mayores, esta cifra no incluye a los voluntarios ni cuidadores.

¿Qué porcentaje de estos corresponden a personal clínico, personal enfocado a la atención social y personal administrativo/directivo?

A nivel general el personal directivo-administrativo representa alrededor del 5%, el resto es personal operativo. Ahora bien, dependiendo del modelo de atención varía el tipo de personal clínico, social y administrativo. Las residencias de día y los centros de atención integral son los modelos que cuentan con más personal.

¿Estos recursos humanos son suficientes para dar respuesta a las necesidades de este grupo etario?

No, se requiere de mayor personal capacitado para poder dar un mejor servicio y poder implementar los modelos en el resto del país.

¿Qué acciones se están llevando a cabo para incrementar los recursos humanos para la atención de las personas adultas mayores en las unidades de atención ambulatoria?

En los estados se está llevando a cabo la capacitación en gerontología social y clínica del personal que atiende a personas adultas mayores.

RETOS Y ESTRATEGIAS

¿Cuáles son los principales retos y desafíos de la institución en la atención de las personas adultas mayores?

Los principales desafíos que tenemos son la difusión de una cultura de envejecimiento y la geriatrización de los médicos generales y médicos familiares.

¿Qué estrategias o líneas de acción está siguiendo la institución para lograr un envejecimiento activo a corto, mediano y largo plazo?

Poder asesorar a las demás instituciones, desarrollar políticas públicas, hacer una supervisión de centros adecuada, tener un director nacional, capacitación de los recursos humanos, focalizar el apoyo a la población de 70 años y más, aprovechar la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad.

MACP (Modelo de atención centrado en la persona)

¿Cuál es su opinión de los modelos de atención centrados en la persona?

Es un modelo de intervención con ciertas características, es planificado, fundamentado conceptual y metodológicamente en las necesidades específicas de cada persona, lo que focaliza la intervención para lograr una atención integral.

Código No. 1

Envejecimiento activo	
Definición: Definición de envejecimiento activo.	
SES	Optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, esto con el objetivo de ampliar la esperanza de vida, la productividad de las personas y la calidad de vida en la vejez.
ISSSTE	Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
IMSS	Proceso de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de las personas adultas mayores.
INAPAM	Proceso que permite a las personas desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Código No. 2

Envejecimiento saludable	
Definición: Definición de envejecimiento saludable.	
SES	Optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, esto con el objetivo de ampliar la esperanza de vida, la productividad de las personas y la calidad de vida en la vejez.
ISSSTE	Resultado de acciones realizadas durante toda la vida encaminadas al fortalecimiento de estilos de vida que permitan mantener un adecuado estado de salud, calidad de vida y evitar discapacidades en la etapa final de la vida.
IMSS	El envejecimiento saludable contempla acciones de promoción y prevención de la salud a través del programa GERIATRIMSS.
INAPAM	Implementación de acciones y estrategias encaminadas a proveer los medios y las oportunidades a los adultos mayores para optimizar su bienestar físico, social y mental a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación que contribuyan directamente a ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

Código No. 3

Envejecimiento institucional	
Definición: • Porcentaje de los derechohabientes que son personas adultas mayores (PAM). • Impacto de este grupo etario en los servicios de salud que provee la institución. • Financiamiento de la atención de las PAM. • Proyecciones de este grupo etario para la institución.	
SES	Actualmente el impacto que tiene el envejecimiento en los servicios de salud no se considera importante si lo comparamos con el impacto que tiene la atención a personas diabéticas o hipertensas que inician su padecimiento antes de los 60 años. En cuanto al financiamiento solo se tienen 6 millones de pesos para todo lo referente a la atención del envejecimiento en México, aunque se cuentan con diversos apoyos externos por parte de diferentes programas, instituciones y universidades. Trabajamos con el 42% de la población adulta mayor del país. Para el año 2030 esperamos que el número de adultos mayores de 60 años haya alcanzado los 20 millones de personas.
ISSSTE	El impacto del envejecimiento poblacional es mayor en el ISSSTE que en cualquier otra institución que provea servicios de salud a las personas adultas mayores, según proyecciones del INEGI, en el año 2020, la población mayor de 60 años en el país se duplicará, llegará a 13% del total, situación que el ISSSTE vive actualmente 13.29 %. En cuanto al financiamiento, no existe un presupuesto destinado específicamente a los servicios de salud para las personas adultas mayores, lo cual crea dependencia de otros programas y limita las acciones que favorezcan el mejoramiento de los mismos. La falta de un presupuesto propio es de vital importancia debido a que la atención a las PAM consume el 30% del presupuesto de la seguridad social y ocupa hasta el 60% de las camas de hospital. Actualmente el 13.29%. En general la población mexicana de personas adultas mayores ha crecido a más del 3.7 por ciento anual, lo cual significa que este grupo de edad tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años, tomando en cuenta esto se estima que para el año 2030 1 de cada 4 derechohabientes de esta institución tendrá 60 años o más.
IMSS	Alrededor del 25% de las consultas en las unidades de medicina familiar, del 17% de hospitalizaciones y al 20% de usuarios de servicios de prestaciones sociales corresponden a este grupo etario. El financiamiento se realiza a través de los recursos generales con que cuenta el instituto. La población mayor de 60 años corresponde al 11% del total de los derechohabientes de la institución. Estimamos que para el año 2050 el IMSS las personas adultas mayores representaran el 28% del total de derechohabientes.
INAPAM	Nuestro impacto es en el ámbito social, el financiamiento de los servicios que ofrece el instituto provienen de tres fuentes principales del gobierno federal, función pública y buen gobierno, servicios de apoyo administrativo y servicios a grupos con necesidades especiales. El 100%. No podemos de hablar de un estimado para el INAPAM, pero tomando las proyecciones nacionales que esperan que a mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores, eso te puede dar una idea.

Código No. 4

Modelo actual	
Definición: Modelo de atención utilizado actualmente para la atención de las PAM.	
SES	Tenemos un modelo de atención clásico, en donde damos atención directa al paciente.
ISSSTE	El modelo actual de la institución se llama Envejecimiento Saludable y opera a través de 124 módulos gerontológicos ubicados en las unidades de medicina familiar.
IMSS	Se maneja un modelo diseñado específicamente para la atención de las personas adultas mayores llamado GERIATRIMSS, este modelo es predominantemente clínico y ofrece servicios en las unidades de medicina familiar.
INAPAM	Se han implementado y se impulsan los siguientes modelos de atención, albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes; cada uno con diferentes servicios. El objetivo primordial de todos los modelos es ofrecer protección física, mental y social a personas mayores de 60 años en estado de desamparo y desventaja.

Código No. 5

Fortalezas	
Definición: Principales fortalezas del modelo de atención actual.	
SES	Generamos guías destinadas a médicos que brindan atención a las personas adultas mayores en el primer nivel, estas guías se centran en padecimientos propios del adulto mayor.
ISSSTE	Personal capacitado, los cuales cuentan con un perfil específico que garantiza una atención integral, además tanto el personal médico como de enfermería reciben capacitaciones continuas anuales.
IMSS	GERIATRIMSS tiene como principal fortaleza el incluir en la atención al adulto mayor las cuatro áreas fundamentales para un envejecimiento saludable, como son el área funcional, el área mental, el área nutricional y el área social.
INAPAM	Ser la institución rectora en la atención del adulto mayor, tener personal capacitado para la atención del adulto mayor, brindar atención integral para cada tipo de adulto mayor dependiendo del modelo al que acuda.

Código No. 6

Debilidades	
Definición: Principales debilidades del modelo de atención actual.	
SES	Falta de capacitación y sensibilización de los médicos en el primer nivel de atención para la atención de las personas adultas mayores. Falta de recursos e infraestructura para el programa de atención al envejecimiento debido a la distribución de los recursos a programas que requieren atención prioritaria como el programa de atención de enfermedades crónico degenerativas.
ISSSTE	Falta de una infraestructura adecuada, ya que algunos módulos tienen problemas de accesibilidad y falta de espacios físicos; falta de incentivos para el personal de módulos gerontológicos acreditados; falta de plazas para personal y de equipo en algunos de los módulos.
IMSS	Es un programa clínico, que muchas veces deja de lado la parte psicosocial, lo que repercute en la satisfacción de los usuarios. Falta de capacitación y sensibilización del personal médico y de enfermería en la atención de los adultos mayores. Coordinación inadecuada entre los tres niveles de atención, lo que impide dar un seguimiento adecuado a las personas adultas mayores.
INAPAM	Contar con mayor presupuesto para un mejor equipamiento, completar plantillas y mejorar la estructura, falta de infraestructura y personal para replicar los modelos de atención en provincia, por lo que los servicios son centralizados.

Código No. 7

Recursos no humanos	
Definición: Medios técnicos, servicios e instalaciones disponibles en las unidades de atención ambulatoria para la atención de las PAM.	
SES	No existen instalaciones destinadas únicamente a la atención de los adultos mayores, la atención a este grupo se brinda en las unidades de primer nivel en conjunto con la atención a todos los demás grupos etarios. El principal obstáculo para la adaptación de las unidades de primer nivel es la falta de recursos económicos a nivel federal.
ISSSTE	El único módulo de atención gerontológica que fue diseñado específicamente para funcionar como centro gerontológico es el que se encuentra en la calle de Perú en el centro de la ciudad de México, los demás fueron adaptados y no cuentan con infraestructura específica para dar atención a las personas adultas mayores. Para las adaptaciones de los módulos gerontológicos se toma en cuenta una cedula de acreditación la cual especifica los requerimientos mínimos para poder brindar una atención integral y de calidad a las personas adultas mayores. Solo se cuenta con un módulo gerontológico de los 124 existentes con la infraestructura específica para la atención de las personas adultas mayores. Existe un proyecto para acreditar todos los módulos gerontológicos a nivel nacional en un lapso no mayor a dos años.
IMSS	Especialmente destinada a la atención de las personas adultas mayores en el ámbito clínico, no, se cuentan con las unidades de medicina familiar en donde se le brinda la atención al usuario y de ser necesario se refiere al segundo nivel. Aunque actualmente se tiene una unidad de medicina familiar ubicada en la zona norte de la ciudad de México, la cual fue adaptada para brindar servicios gerontológicos. El principal obstáculo que tenemos en cuanto a la adaptación de las unidades de medicina familiar es la falta de recursos financieros, ya que la mayoría son utilizados para reforzar otros programas del instituto.
INAPAM	El instituto cuenta 26 inmuebles, existen albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales y clubes la mayoría ubicados en el Distrito Federal los cuales se encuentran totalmente adaptados para dar atención a las personas adultas mayores. Aunque solamente en los centros de atención integral es donde se brindan servicios de consulta general y especializada. Cada modelo de atención cuenta con instalaciones definidas de acuerdo al tipo de servicios que ofrecen, algunos se han adaptado y en otros casos se han realizado las modificaciones necesarias. En sí como unidades de atención de salud con un enfoque clínico, que serían los centros de atención integral contamos con dos, los cuales cuentan con las instalaciones necesarias para dar una atención integral. Se busca mejorar las instalaciones dependiendo de la asignación de recursos.

Código No. 8

Recursos humanos	
Definición: Personal (clínico, social, administrativo y directivo) con el que cuenta la institución en las unidades de atención ambulatoria para la atención de las PAM.	
SES	Se dispone con los recursos humanos de cada una de las unidades de primer nivel de atención, desde un centro de salud rural hasta una unidad de atención jurisdiccional. En cada una de las unidades el personal varía y en algunas no es fijo ya que existe una alta rotación como es el caso de las unidades atendidas por pasantes de servicio social. A nivel central se cuenta con una enfermera, un trabajador social, una epidemióloga, un geriatra todos con especialidad en adulto mayor y una servidora, es todo el equipo a nivel nacional. Generalmente el médico encargado de la unidad de primer nivel cubre las funciones clínicas, administrativas y directivas, y el personal de enfermería se encarga de la atención social además de los programas preventivos. No, como te menciono en el primer nivel de atención solo hay un pobre médico que da atención a todos los programas de la secretaría de salud, entre los cuales está incluido el de envejecimiento. El programa de envejecimiento busca incluir a los gerontólogos clínicos y cuidadores en las unidades de primer nivel para disminuir la carga de consultas a los médicos.
ISSSTE	En el primer nivel de atención o en los módulos gerontológicos se cuentan con 165 médicos gerontólogos, los cuales se encargan de la consulta; 185 enfermeras gerontólogas; 195 personas que integran un equipo multidisciplinario, donde podemos encontrar trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, nutriólogas y activadores físicos y; 160 personas capacitadas en terapia física y rehabilitación, encargadas del área de apoyo funcional. Del total del personal del programa de envejecimiento saludable el 70% es personal clínico, el 27% es personal enfocado a la atención social, 2% personal administrativo y solo se cuenta con un Jefe de departamento de envejecimiento saludable a nivel nacional que representa menos del 1%. Hay un déficit importante en el personal que da atención a las personas adultas mayores en los módulos gerontológicos debido a que no hay plazas, o no se generan plazas para gerontólogos o para personal médico, lo que no asegura una estabilidad laboral al personal. Capacitación de médicos familiares y médicos generales mediante diplomados en gerontología clínica o cursos de alta especialidad en gerontología clínica.
IMSS	Contamos con el personal de todas las unidades de medicina familiar, médico y no médico. No contamos con cifras actualizadas, pero existe un predominio del personal clínico, estamos hablando de más de un 80%. Te puedo decir que hoy en día sí, aunque debido a que en algunas unidades de medicina familiar el porcentaje de consultas brindadas a personas adultas mayores supera el 45%, el personal con el que contamos será insuficiente en algunos años para poder atender la demanda de servicios de este grupo. Se está llevando a cabo la formación y capacitación de médicos especialistas en geriatría, además de la impartición de cursos de educación continua con contenidos geriátricos. También se busca transformar las plazas de médico no familiar, en este caso medicina interna a médico no familiar geriatra, esto con el fin de dar una atención especializada a los usuarios.
INAPAM	Se cuenta con personal directivo, de enlace, médico especializado, gerontólogos clínicos, odontogeriatras, enfermeras, psicogerontólogos, trabajadores sociales, nutriólogos, activadores físicos y personal de apoyo, en total para el año 2011 éramos 803 personas trabajando en la atención de los adultos mayores, esta cifra no incluye a los voluntarios ni cuidadores.

	A nivel general el personal directivo-administrativo representa alrededor del 5%, el resto es personal operativo. Ahora bien, dependiendo del modelo de atención varía el tipo de personal clínico, social y administrativo. Las residencias de día y los centros de atención integral son los modelos que cuentan con más personal. No, se requiere de mayor personal capacitado para poder dar un mejor servicio y poder implementar los modelos en el resto del país. En los estados se está llevando a cabo la capacitación en gerontología social y clínica del personal que atiende a personas adultas mayores.
--	--

Código No. 9

Retos	
Definición: Metas u objetivos que tiene la institución en la atención de las PAM en las unidades de atención ambulatoria.	
SES	Desarrollar un diagnóstico situacional de las personas adultas mayores para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas. También buscamos que todas las universidades del país tengan un mismo estándar en materia de envejecimiento y que se cambien las currículas universitarias, tanto para médicos, enfermeras, trabajo social y nutrición. Otro reto que tenemos desde hace tres sexenios es implementar centros de día para patología, debido a la gran necesidad de centros de día en donde atiendan a todas las personas adultas mayores que tienen algún padecimiento crónico degenerativo que los ha dejado con discapacidad, para personas de medios escasos.
ISSSTE	El reto principal para el ISSSTE es consolidar el programa de Envejecimiento Saludable en las unidades del primer nivel de atención, privilegiando la atención preventiva y asegurando la referencia oportuna. Otro reto es incrementar el porcentaje de módulos gerontológicos acreditados a nivel nacional y alcanzar el 100% de módulos acreditados en el Distrito Federal y por último sensibilizar a todos los médicos familiares para que puedan dar una atención integral en las unidades de atención de primer nivel.
IMSS	El principal reto para el IMSS en cuanto a la atención de este grupo es mejorar la calidad de vida del adulto mayor, para esto se necesita brindar una atención homologada basada en las guías de práctica clínica, esta atención debe ser multidimensional y sistemática, también se debe mejorar la calidad de la atención de los pacientes geriátricos en las unidades de medicina familiar y en los servicios hospitalarios, dar continuidad de la atención al egreso del paciente, rehabilitación de funciones pérdidas o deterioradas y finalmente capacitar y sensibilizar al cuidador primario.
INAPAM	Los principales desafíos que tenemos son la difusión de una cultura de envejecimiento y la geriatriización de los médicos generales y médicos familiares.

Código No. 10

Estrategias	
Definición: Planes definidos por la institución para lograr un envejecimiento activo y saludable a corto, mediano y largo plazo.	
SES	Como estrategia principal se busca la inclusión al gerontólogo clínico y al cuidado para pacientes discapacitados en el proceso de atención de las personas adultas mayores a nivel central, mediante la incorporación de la carrera de gerontólogo clínico en la secretaría de trabajo y gestionando con la universidad iberoamericana la inclusión y concentración del cuidador para pacientes discapacitados. También se busca sensibilizar y capacitar a los médicos de las unidades de primer nivel en la atención de las personas adultas mayores, todo esto con el fin de conformar un modelo de atención integral, compuesto por un médico, una enfermera, un gerontólogo clínico y un cuidador de pacientes discapacitados que cubra las necesidades de los adultos mayores y pueda ser replicado en todas las unidades de primer nivel del país.
ISSSTE	A corto plazo no hay ninguna debido a la falta de plazas y de presupuesto, a mediano plazo sería la vinculación de todas las áreas del instituto para la atención integral del adulto mayor, otra sería adecuación de las áreas de los módulos gerontológicos y también a mediano plazo sería revisar plantillas

	de los módulos gerontológicos e implementar al personal como debe de estar; a largo plazo sería la implementación del programa de atención a domicilio y el programa de cuidados geriátricos.
IMSS	A corto plazo es prioritaria la actualización y capacitación al personal de salud de las unidades de medicina familia y de las unidades médicas rurales, esto con el fin como te comentaba de mejorar la calidad de la atención y por ende la satisfacción del usuario. A mediano plazo se busca poner en acción el plan gerontológico institucional 2006-2025, el cual tiene como fin la implementación de modelos innovadores de atención a la salud que incluyan una perspectiva social, esto para complementar y reforzar al programa GERIATRIMSS, lo que mejorara la atención de las personas adultas mayores y por consecuencia su calidad de vida. Y a largo plazo incluir nuevos servicios en la atención de la salud de los adultos mayores como la atención geriátrica a domicilio, estancias diurnas, residencia, implementación de tecnología como tele-asistencia y tele-alarma.
INAPAM	Poder asesorar a las demás instituciones, desarrollar políticas públicas, hacer una supervisión de centros adecuada, tener un directorio nacional, capacitación de los recursos humanos, focalizar el apoyo a la población de 70 años y más, aprovechar la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad.

Código No. 11

Modelo de atención centrado en la persona (MACP)	
Definición: Opinión sobre los modelos de atención centrados en la persona.	
SES	Este tipo de modelos de atención buscan promover la autonomía de la persona en este caso el adulto mayor, desde un abordaje integral, centrándose en las capacidades y habilidades conservadas para lograr o mantener un buen estado de salud, evitando así la dependencia.
ISSSTE	Es el modelo óptimo para la atención de las personas adultas mayores ya que es flexible a necesidades con un enfoque biopsicosocial con énfasis de derechos y deberes.
IMSS	Tiene como fin empoderar a los usuarios en cuestiones de autocuidado, autogestión e independencia, desde mi punto de vista este tipo de modelo es el ideal para la atención en salud, ya que ofrece una mejor atención a los usuarios debido al enfoque integral en el cual está basado.
INAPAM	Es un modelo de intervención con ciertas características, es planificado, fundamentado conceptual y metodológicamente en las necesidades específicas de cada persona, lo que focaliza la intervención para lograr una atención integral.



Anexo 6

Profesiograma del personal básico del MAGCP

Médico Gerontólogo (Médico General o Médico Familiar)

Requisitos del puesto:

- Título y cédula profesional de médico general y/o familiar, con estudios adicionales relativos a la atención y cuidado de la salud del adulto mayor.
- Constancia de aprobación de diplomado en gerontología médica por alguna Institución de reconocimiento oficial.
- Dos años de experiencia como médico familiar en la consulta externa y por lo menos un año en la atención de pacientes adultos mayores.

Descripción de funciones:

- Coordinar las actividades y acciones de la unidad de atención ambulatoria.
- Atender la consulta de pacientes envejecidos, especialmente los frágiles y en riesgo de abatimiento funcional.
- Realizar la debida valoración médica integral, así como la exploración física correspondiente para determinar su diagnóstico y tratamiento.
- Describir el plan individualizado de tratamiento requerido tanto en consulta externa como en sesiones de terapia de rehabilitación física, prescribir medicamentos de acuerdo al diagnóstico y pronóstico de salud, e informar al paciente y/o familiar, en forma clara y precisa.
- Registrar las acciones practicadas a cada paciente, en el expediente clínico y en la documentación médica que corresponda, en apego a lo establecido en la N.O.M.168 y otras normas oficiales vigentes.
- Dar cumplimiento a los indicadores.
- Concentrar y reportar la información relativa a la productividad, así como avance y logro de indicadores.
- Fomentar una cultura por la salud que impulse al derechohabiente al autocuidado de su salud, ofreciéndole información relativa a los programas de promoción y prevención de enfermedades dentro de la unidad de atención ambulatoria.
- Organizar los grupos de ayuda mutua.
- Capacitar y sensibilizar a otros miembros del equipo de atención a la salud del adulto mayor.
- Organizar cursos y sesiones con temas gerontológicos.

**Enfermera Gerontogeriatra o Gerontóloga,
o con capacitación Gerontológica
(Enfermera General o Especialista)**

Requisitos del puesto:

- Título y cédula profesional de enfermera general o geronto-geriatra.
- Constancia de aprobación de diplomado en gerontología médica por alguna Institución de reconocimiento oficial.
- Dos años de experiencia como enfermera general y por lo menos un año en la atención de pacientes adultos mayores.

Descripción de funciones:

- Validar los criterios de inclusión y referencia para los pacientes incluidos en la consulta gerontológica, para lo cual deberá ser el primer contacto y el primer tamizaje.
- Realizar acciones de clinimetría y de apoyo funcional para rehabilitación física de acuerdo a las indicaciones del médico gerontólogo, y las técnicas en gericultura que sean requeridas.
- Realizar las actividades contenidas en la cartilla nacional de salud del Adulto Mayor y registrarlas en la misma.
- Iniciar la evaluación geriátrica multidimensional de acuerdo a cédula de recolección de datos propuesta para las unidades de atención ambulatoria.
- Identificar los riesgos de salud y de problemas relacionados con el envejecimiento.
- Participar en la capacitación continua del equipo multidisciplinario de salud así como realizar labores de educación a la comunidad y brindar apoyo a los familiares para los cuidados.
- Coordinar grupos de ayuda mutua.

Trabajador(a) Social

Requisitos del puesto:

- Título y cédula profesional de licenciado(a) en trabajo social.
- Constancia de aprobación de diplomado en gerontología médica por alguna Institución de reconocimiento oficial.
- Dos años de experiencia como trabajador(a) social en unidad de atención ambulatoria y por lo menos un año en la atención de pacientes adultos mayores.

Descripción de funciones:

- Elaborar entrevista social y estudios socioeconómicos a los derechohabientes, con el fin de conformar un diagnóstico para el adecuado manejo de diversas situaciones o problemáticas que enfrenten los adultos mayores, tales como; abandono, soledad, disfunción familiar, síndrome de maltrato, discriminación etc.
- Realizar visitas domiciliarias, tomando en cuenta el diagnóstico social o bien a solicitud del equipo de salud.
- Establecer enlace con otros servicios, tales como medicina preventiva, psicología, prestaciones económicas y sociales o con otras unidades médicas (2do o 3er nivel).
- Definir estrategias para la simplificación y oportunidad en los trámites.
- Orientar acciones que promuevan el cuidado de la salud de las personas adultas mayores y el mejoramiento en su desarrollo social e integral.
- Programar y llevar a cabo acciones de colaboración integral, tales como la formación de grupos de ayuda mutua, programas de capacitación a la comunidad, pláticas de orientación y promoción a la salud.
- Coordinar y fomentar el desarrollo de acciones orientadas a la educación para la salud de las personas adultas mayores.
- Participar con el equipo de salud de la unidad, en la elaboración y difusión de programas dirigidos a las personas adultas mayores, en diversas materias, tales como; salud sexual, orientación nutricional, educación higiénica, enfermedades crónico degenerativas, a través de pláticas educativas, talleres, periódicos murales, material audiovisual, etc.
- Realizar los registros de las acciones practicadas y notas relevantes sobre la atención de trabajo social otorgada a cada paciente.
- Realizar los informes técnicos que le sean requeridos, ya sea de avances y/o resultados en el tratamiento, así como los reportes diarios, semanales o mensuales respecto a los pacientes atendidos.