

00662 2g



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Contaduría y Administración
División de Estudios de Posgrado e Investigación

"MODELO DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ANCIANO"

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el Grado de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales

Presenta

LILIA EULALIA MACEDO DE LA CONCHA



ASESOR

DR. MANUEL BARQUIN CALDERON

1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

272961



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
OFICIO. FCAD/DEP/99
ASUNTO: Envío nombramiento de jurado de maestría.

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION ESCOLAR
DE ESTA UNIVERSIDAD
Presente

ATN.: BIOL. FRANCISCO JAVIER INCERA UGALDE
JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION DEL POSGRADO

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna LILIA EULALIA MACEDO DE LA CONCHA, presentará Examen de Grado dentro del Programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el C.P. y MTRO. Arturo Díaz Alonso, Director de esta Facultad, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

DR. MANUEL BARQUIN CALDERON	PRESIDENTE
DR. JORGE RUIZ DE ESPARZA GARCIA	VOCAL
DR. ELEUTERIO GONZALEZ CARBAJAL	SECRETARIO
DR. CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ	SUPLENTE
M.A.H. ANTONIO GOMEZ BAUTISTA	SUPLENTE

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

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D.F., a 6 de abril de 1999.
EL JEFE DE LA DIVISION


DR. FRANCISCO BALLINA RIOS



Agradecimientos

A Gaby

Mi hija adorada. Ejemplo de responsabilidad y madurez.

Lo más importante en la conclusión de esta tesis, eres tú. Es para mi necesario dejarte como ejemplo, que no deben dejarse a medias las metas que nos planteamos, y que a pesar de los obstáculos que en algún momento se nos presentan en la vida, se deben buscar los caminos para sortearlos y llegar a su conclusión. Con todo mi amor

A Rodolfo

Compañero de mi vida: en el amor y en el trabajo.

Gracias por no permitir que esta tesis quedara inconclusa. La paz, la tranquilidad y el amor que trajiste a mi vida, generaron el ambiente propicio para su culminación. Te amo

A mis padres

Naty y Rafa. Ejemplo de amor, unión, perseverancia, optimismo y decoro. En mi vida han sido ejemplo de superación continua, en ningún momento los he visto derrotarse, ni conozco algo por lo que hayan dejado de luchar. No podía fallarles.

A mis hermanos

Bodi, Chatis, Chely, Vivis y Almita

Cada uno de ustedes es ejemplo de los apellidos Macedo de la Concha, representan fielmente a mis padres y yo no me podía quedar atrás. Los amo.

A mis cuñados

Ima, Abel, Chava y César

Gracias por su cariño y sobre todo por el aguante.

A mis sobrinos

Rafa, Eli, Cacho, Edgar, David, Byron, Giovis, Ale y Bebé. A mi sobrino nieto Mich, y a Heidi. Todos ustedes forman parte de los motivos por los que yo terminé esta tesis. Los quiero muchísimo.

A mi familia Nava

Por su cariño y sobre todo por su aceptación.

A todos y cada uno de mis amigos

Con todo mi cariño.

A Irene

Compañera de trabajo, pero sobre todo mi gran amiga. En muy pocas ocasiones se encuentran personas como tú. Tu apoyo para la realización y culminación de este trabajo, desde el punto de vista profesional y moral, me hacen estarte eternamente agradecida. Gracias por tu solidaridad y tu gran amistad.

A mis compañeros de proyecto

Dolores, Primo, Clara y Chela. Por su amistad, su compañerismo y sobre todo por su confianza. En este trabajo hay mucho de ustedes, ojalá que pueda servirles de algo lo que realicé. Especialmente a Dolores, mi agradecimiento por sensibilizarme en tan importante tema, "la salud de los ancianos" y por darme la oportunidad de participar en este proyecto.

A mi correctora de estilo

Ana María Carrillo, mi agradecimiento a la corrección de este trabajo pero principalmente a tu disposición para hacerlo. Para mí has sido una maestra y una linda amiga.

A mis jefes

Dra. Julieta García Medrano

Mi estancia en el departamento de Salud Pública se la debo a ella. En gran medida la elección de la maestría y mi formación académica. Ejemplo de mujer, como ser humano, como profesionalista y como amiga. Gracias por siempre.

Dr. Eleuterio González Carbajal

Académico ejemplar en el área de la Salud Pública. Mi ex jefe, ahora mi compañero de trabajo, mi amigo y mi sinodal. Gracias por sus enseñanzas y por su disposición siempre incondicional.

Dr. Manuel Barquín

Ejemplo de lo que debe ser un administrador. Gracias por su confianza, y sobre todo por transmitirme sus experiencias que para mí siempre han sido enseñanzas. Por invitarme a trabajar con usted a pesar de nuestras diferencias ideológicas. Mi ex jefe, ahora mi amigo y mi asesor de tesis. Siempre me dio el apoyo y mucho tiene usted que ver con el orgullo que siento al terminar esta tesis, pues ahora puedo decir que soy parte del gremio de los administradores de servicios de salud.

Dr. Alejandro Cravioto

Usted es la persona que me dio los apoyos técnicos necesarios para poder procesar toda la información. Con ello establecí el compromiso de terminar este trabajo, para lo cual además fue usted muy buen acicate.

Dr. Leopoldo Vega Franco

Cada encuentro con usted en el pasillo fue una presión para la conclusión de este trabajo, su franqueza fue un estímulo para terminar.

A mis maestros y ahora mis sinodales

Doctores, Eleuterio González Carbajal, Antonio Gómez Bautista, Carlos Martínez Gutiérrez, Jorge Ruiz de Esparza. Sus aportaciones enriquecieron mi tesis pero sobre todo me dejaron muchas enseñanzas.

A todos los ancianos de México

La realización de este trabajo me despertó un compromiso personal: tanto en lo profesional, como en lo ético, en lo moral y lo humano.

Ojalá que a través de mi propuesta, participe en el logro de una forma de vida digna para ustedes; pero principalmente trascienda en la revalorización de lo que significa esta etapa de la vida.

Me comprometo a buscarlo al máximo.

De manera muy especial quiero dedicar esta tesis a mi abuelita Lalat, quien con su actitud ante la vida logro envejecer en forma exitosa. Gracias por todas las enseñanzas que me dejaste.

Índice

	Introducción	1
1.	Antecedentes de envejecimiento humano	3
	1.1 En el mundo	3
	• Diferentes civilizaciones	3
	• Sociedades antiguas	3
	• Situación actual	5
	1.2 En México	6
2.	El envejecimiento	8
	2.1 Concepto de envejecimiento	8
	2.2 Períodos de la vejez	11
	• Prevejez	12
	• Senescencia o vejez verdadera	12
	• Senilidad o vejez. Ancianidad	13
	2.3 Proceso del envejecimiento	13
	2.4 Enfoques del envejecimiento y su relación con la atención por los servicios de salud	14
	2.5 Otros aspectos a considerar en el envejecimiento	17
	2.6 Conclusiones	18
3	La salud de la población anciana y su atención	20
	3.1 En el mundo	20
	3.2 En México	22
	3.2.1 Demografía y características sociales y económicas	22
	3.2.2 Daños a la salud	23
	3.2.3 Recursos para la atención a la salud	25
	3.3 En la delegación Tlalpan	27
	3.3.1 Características geográficas relevantes	27
	3.3.2 Características demográficas	28
	3.3.3 Factores condicionantes	28
	3.3.4 Daños a la salud	29
	3.3.5 Recursos para la atención de la salud	30
4	Marco jurídico y políticas de atención para los ancianos	32
	4.1 Programa Regional de Salud del Anciano	32
	4.2 Políticas en América Latina	33
	4.3 Marco jurídico y políticas de atención en México	37
5	Modelos de atención de los ancianos	39
	5.1 En el mundo	39

5.1.1	Israel	39
5.1.2	Escocia	42
5.1.3	Italia	45
5.1.4	Estados Unidos	47
5.2	En México	50
5.2.1	Atención médica	50
5.2.2	Asistencia social	51
6	Estudio de un caso	55
6.1	Marco teórico	55
6.1.1	Transición demográfica y transición epidemiológica	55
6.1.2	Concepto de envejecimiento y envejecimiento exitoso	56
6.1.3	Concepto de salud y de atención integral del anciano	57
6.1.4	La atención primaria de salud	58
6.1.5	Aplicación de la epidemiología y la administración en la planificación	59
6.1.6	La multidisciplinariedad en la atención y el desarrollo de la geriatría y la gerontología en la atención a la salud de los ancianos	63
6.1.7	Accesibilidad y disponibilidad	64
6.2	Planteamiento del problema	66
6.3	Objetivos	68
6.3.1	Objetivo general	68
6.3.2	Objetivos específicos	68
6.4	Metodología	68
6.4.1	Fase I	69
6.4.2	Fase II	69
6.4.3	Fase III	70
7	Resultados	71
7.1	Fase I	71
	Características de los programas y del equipo de salud de las instituciones que prestan servicios a los ancianos en la delegación Tlalpan	
7.1.1	Conclusiones	73
7.2	Fase II	74
	Diagnóstico de la situación de salud de la población anciana de la colonia "Isidro Fabela"	
7.2.1	Características generales de la colonia "Isidro Fabela"	74
7.2.2	Características demográficas de la población anciana	77
7.2.3	Salud	86

7.2.4	Actividades del diario vivir	92
7.2.5	Utilización de servicios para la atención de la salud	94
7.2.6	Relaciones familiares y amistosas	102
7.2.7	Tiempo libre	104
7.2.8	Uso de servicios sociales para ancianos	105
7.2.9	Vivienda y transporte	108
7.2.10	Empleo e ingresos	111
7.2.11	Necesidades y problemas percibidos	119
7.3	Fase III	122
	• Modelo de servicios de atención médica y de asistencia social para el anciano	
7.3.1	Justificación	122
7.3.2	Fundamentación del modelo	124
	• Esquema del proceso de construcción del modelo de atención integral para los ancianos	124
	• Esquema de los elementos para la estructuración del modelo	126
7.3.3	Modelo de servicios de atención médica y de asistencia social para el anciano	131
7.3.4	Planificación del modelo	133
	• Esquema del proceso de planificación	133
8.	Reflexiones finales	146
9.	Bibliografía	148

Introducción

En la población mundial se están presentando dos fenómenos denominados "transición demográfica" y "transición epidemiológica" que tienen un impacto importante en los aspectos socioeconómicos y de la organización social. La primera se caracteriza por el paso de un estado de alta fertilidad y baja mortalidad a otro de baja fertilidad y baja mortalidad, así como de una baja proporción de personas de edad adulta y anciana a una alta proporción de personas de estos grupos de edad. La segunda se define por los cambios sufridos en la frecuencia del tipo de enfermedades, con un aumento importante de las enfermedades no transmisibles como son: enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y diabetes, entre otras; así como lesiones accidentales e intencionales, aunque en los países de menor desarrollo, los problemas infecciosos y los padecimientos relacionados con alimentación deficiente y con la reproducción, son todavía muy frecuentes.

Los cambios anteriormente descritos propician lo que se conoce como "envejecimiento de la población humana" que es resultado del desarrollo socioeconómico y del adelanto médico existente. Estos avances se han dado en relativamente poco tiempo, y permiten que un individuo tenga mayores posibilidades de alcanzar la ancianidad.

La definición de la edad en la cual inicia la vejez ha sido aplicada a partir de las características socioeconómicas que tiene un país. En algunos países desarrollados se considera el inicio de la vejez a los 65 años; para el caso de México en donde la esperanza de vida y las condiciones de salud son menores, la ancianidad se establece a partir de los 60 años. La Organización Mundial de la Salud define también a los ancianos¹ a partir de los 60 años. (Departamento del Distrito Federal: 1996).

A nivel mundial el número de ancianos ha aumentado considerablemente, los ancianos que sobrepasan los 60 años han pasado de algo más de 400 millones de personas en 1950, hasta casi 700 millones en la década de los 90's. La estimación para el año 2025 es de 1156 millones (Rocabado Quevedo, F.: 1993).

Este fenómeno manifiesto en primer lugar en los países del hemisferio Norte y en especial de Europa occidental así como en Estados Unidos, se ha extendido al resto del mundo, reproduciéndose con características particulares en los países de menor desarrollo; con cierta evidencia en los países de América Latina.

En México, para 1990² la población mayor de 65 años³ representó poco más del 4%, de la población total. Los cambios demográficos que propician el envejecimiento se han presentado de manera acelerada, lo que ha generado una serie de modificaciones en la economía, la estructura familiar y las necesidades de atención a la salud, entre otros aspectos.

¹ En este trabajo los términos de anciano, viejo, senecto, adulto mayor, tercera edad se considerarán como sinónimos.

² El propósito de utilizar las estadísticas de 1990 es permitir la comparación de la situación de los ancianos que estaba prevaleciendo en el mundo y en México, con el momento en que se realizó el estudio.

³ México no cuenta con registros oficiales de la población de 60 años y más.

Esta situación se verá aumentada importantemente en los próximos años, ya que se considera que el envejecimiento en las personas "no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo mental y lo socio-ambiental, es decir entre lo genético y lo social adquirido" (Barquín Calderón, M.:1993, p.2).

La ancianidad abarca situaciones de gran diversidad, cambiantes de una civilización a otra, de un sistema social a otro y por consiguiente de un individuo a otro.

El panorama anterior lleva a la reflexión acerca de las necesidades que se generarán en los servicios sociales y de salud para que éstos puedan satisfacer la demanda de atención de la población anciana, tanto por su magnitud creciente como por las condiciones, biológicas, psicológicas y sociales tan peculiares que la hacen socialmente trascendente, ya que si en cualquier grupo de edad la atención integral es un requisito, en esta población es ineludible, y deberá considerar todos los factores vulnerables que intervienen, de manera que el conocimiento de todo lo anterior permita planificar los servicios que se han de brindar.

En el presente trabajo se plantea la forma de aplicación de los conocimientos y técnicas de la epidemiología y de la administración de servicios de salud, como disciplinas fundamentales para la planeación de un modelo de atención integral que responda a las necesidades específicas que cada grupo o población de ancianos requiera; contiene consideraciones generales acerca de los antecedentes históricos y de la situación mundial y nacional de este problema, así como de los aspectos conceptuales legales y de atención integral de la salud; algunos modelos aplicados en otros países y en México para concretar en una propuesta aplicable a una población específica en una delegación política de la ciudad de México, en donde previamente se hizo un diagnóstico situacional.

1. Antecedentes de envejecimiento humano

1.1 En el mundo

Diferentes civilizaciones

En algunas sociedades primitivas se respeta a los ancianos en tanto que están lúcidos y robustos, pero se deshacen de ellos en cuanto se les percibe como decrépitos o cargas; a la mayoría los abandonan para que mueran de hambre o frío; éste es el caso de los esquimales. Otros pueblos los matan haciendo ceremonias más o menos complicadas como los pueblos de Siberia.

Simone de Beauvoir en su libro *La Vieillesse* cita innumerables ejemplos de civilizaciones primitivas y del trato que otorgan a los ancianos, llegando a la conclusión de que la condición del anciano dependerá del contexto social, y de que si bien hay un destino biológico que lo convierte en improductivo, el rechazo de la comunidad será más precipitado según la cantidad de recursos que ésta posea. La situación material no es la única que está en juego sino también el valor que se le reconoce. Es decir, puede ser bien tratado, venerado y respetado, o bien despreciado. Este estatus será indistintamente decidido por la colectividad y por sus valores (González, M. R.: 1993).

Sociedades antiguas

China

En esta civilización en la antigüedad los ancianos ocupaban los puestos más elevados ya que habían ganado reputación y calificación. Esta situación tenía repercusión en la familia, cuyos miembros debían obediencia al hombre más anciano, ya que esta cultura reclamaba más experiencia que fortaleza. Las mujeres sólo obtenían estatus con los años, ya que frecuentemente eran sometidas desde el nacimiento o más tarde vendidas como esclavas. La autoridad patriarcal no disminuía con la edad, había sometimiento de los más jóvenes a los mayores, esta situación propiciaba que el individuo aparentara ser más viejo de lo que en realidad era, con tal de gozar de estos privilegios.

Se veneraba a los ancestros. En el neotaoísmo la meta suprema del hombre es la búsqueda de la "larga vida", por lo que, la vejez es la vida en su forma suprema (González Miers, M. R.: 1993).

La República Popular China en la época de Mao-Tse-Tung, creó un sistema muy simple para la atención de los ancianos, la vivienda propiedad de estado se les prestaba hasta su fallecimiento, la comida en las comunas se les proporcionaba como al resto de los comuneros, y la atención médica la recibían a través del sistema nacional de salud que cubría universalmente a toda la población.

Algunos gastos personales así como ropa eran proporcionados también por el estado a través del comité revolucionario de la propia comuna, de tal manera que se evitaba toda clase de organización burocrática especial.

Egipto

La historia revela que los egipcios y los asirios veían con cierta antipatía a los viejos, aún cuando eran sacerdotes poderosos, no existía la veneración y el respeto que se ha mencionado.

Israel

Es la primera cultura que desde tiempos de la Biblia menciona la veneración a la vejez, y reafirma el respeto a la vieja generación en el cuarto mandamiento de Moisés, el versículo de los patriarcas, origen de "honrarás a tu padre y madre".

Grecia

El rol de los ancianos en la Grecia Antigua era el de consejeros del rey, y en muchas ocasiones eran ellos los que impartían justicia. A los viejos se les atribuía la sabiduría, por lo que éstos tenían un lugar honorífico. El respeto estaba dado también por la riqueza; las personas más ricas y ancianas eran las que poseían el nivel social más elevado. Cuando se estableció la democracia se hizo un cambio de poder y aunque hubo conflicto generacional, los ancianos lograron conservar algo del poder de que disfrutaban (González Miers, M. R.: 1993).

Roma

Para los romanos al igual que para los griegos, el prestigio se daba por la posesión de bienes, se respetaba a los ricos, entre los cuales existía gran cantidad de ancianos. Roma estaba gobernada por una oligarquía, la costumbre de los ancestros poseía la fuerza de la ley. Éstos supervisaban que las tradiciones fueran respetadas en la familia, el poder del *pater familias*, no tenía límites; éste tenía derechos tanto sobre las cosas como sobre las personas; pudiendo matar, mutilar, vender, explotar, etc., poder que se terminaba únicamente con la muerte (González Miers, M. R.: 1993). Los ancianos eran tan apreciados entre los romanos que la palabra Senado deriva de *senectus*: viejo.

Visigodos

Se menciona que los bárbaros mataban a los enfermos y a los ancianos. Como pueblos guerreros que eran, consideraban que la muerte por vejez o por accidente era indecorosa, por lo que se cree que en estas sociedades los ancianos eran pocos y

Europa

En la Edad Media, los ancianos ricos eran venerados y se sentían orgullosos de su vejez. Accedían a puestos de responsabilidad a una edad que en nuestra sociedad moderna se considera como próxima a la jubilación (40 a 50 años), y para ciertas profesiones como escritor o historiador, la edad se encontraba entre 60 y 80 años, por lo que, la mayor parte de

las crónicas y de las obras históricas de los últimos siglos de la Edad Media, fueron escritos por personas de edad muy avanzada (González Miers, M. R. 1993).

En el Renacimiento se empieza a deteriorar la imagen de veneración y respeto difundida por las doctrinas israelíes y el cristianismo. Durante esta época los viejos eran pocos y su poder era muy importante. Paralelamente aparecieron los ancianos indigentes y los grupos de viejos como uno de los grupos más necesitados de apoyo social.

En el siglo XVIII, con el aumento de la esperanza de vida, los ancianos adquirieron una importancia particular, debido a que simbolizaban la unidad y la permanencia de la familia. Esto sobre todo, adquirió importancia por la transmisión de las riquezas, cuya acumulación fue la base del capitalismo. Se poseía un prestigio económico, se considera la época de los tratados de humanidad, es decir se inclina el siglo a favorecer a los débiles, a los ancianos, al infante, es el tiempo de la filantropía (González Miers, M. R.: 1993).

En el siglo XIX Europa sufrió una transformación y los cambios que se produjeron tuvieron repercusión en la condición de los ancianos y en la idea que sobre éstos tenía la sociedad. En ciertas clases sociales, la cantidad de ancianos aumentó, este crecimiento aunado al progreso científico, condujo a reemplazar los mitos del envejecimiento (González Miers, M. R.: 1993).

Estas transformaciones fueron en general nefastas para los ancianos, cuya condición fue sumamente cruel sobre todo en la segunda mitad del siglo, debido a que el trabajo no se encontraba protegido. Al no haber ahorrado los ancianos se encontraban a merced de la voluntad de los hijos; éstos que vivían al borde de la miseria, no podían mantener gente inútil, por lo que normalmente los abandonaban en asilos.

Situación actual

Africa

Los ancianos en la familia africana se encargan de la educación y cuidado de los niños como parte del sistema social de muchos pueblos, aunque esto también obedece a las necesidades del trabajo agrícola.

En Nigeria dada la condición económica del país, son pocas las personas ancianas que obtienen ingresos a partir de la jubilación; la mayoría, para poder subsistir, continúa trabajando en la agricultura. La jubilación se reconoce para los casos de muerte o para la incapacidad física.

En Camerún hay emigración de jóvenes a las grandes ciudades, los viejos se quedan en su lugar de origen, lo que hace que su vida se convierta en crítica (González Miers, M. R.: 1993).

Medio Oriente

En los países árabes el precepto religioso de "honrarás a tu padre y madre", continúa vigente y es observado, por lo que los viejos son respetados y protegidos en la familia. Se les

da un lugar de honor, aquí no se puede hablar de soledad de los viejos. Si alguien decide dejar a sus padres en una institución es "mal visto" (aun cuando pudiera estar justificado como en casos de locura) cada vez que un viejo muere dentro del seno familiar, el hijo es bendecido (González Miers, M. R.: 1993).

Brasil

En Brasil la familia tradicional es patriarcal y el viejo tiene ascendencia sobre todos aún cuando no trabaje. En las familias viven juntas tres o cuatro generaciones. Los niveles de afinidad son fuertes en este tipo de familia extensa y el parentesco es el lazo integrador más importante.

Como en todos los países, el proceso de industrialización ha creado cambios en las familias, declinando el rol de éstas como células económicas y sociales independientes. Por consiguiente, las personas de mayor edad son las que sufren más intensamente este proceso. En ese país hay diferentes polos de desarrollo y en ciudades como Sao Paulo o Río, la costumbre de tener viejos en casa casi ha desaparecido (González Miers, M. R.: 1993).

Otros países

Estudiando la vejez en el seno de diversos países en desarrollo, podemos encontrar características comunes a los viejos, tales como:

- ◊ Normalmente son los que poseen el saber, las competencias o la propiedad.
- ◊ Ejercen un gran control, sobre el futuro de los jóvenes.
- ◊ Son ellos los que poseen la capacidad de transmitir y dar existencia a ciertas tradiciones religiosas, familiares, grupales, etc.

Uno de los problemas a los que se enfrentan los países más desarrollados es que los gobiernos se ocupan poco de este asunto, ya que consideran que son las familias las que se deberán ocupar de las personas de edad, y no se toma en cuenta el efecto que este sector poblacional puede tener en el desarrollo del país en su conjunto (González Miers, M. R.: 1993).

Con la aparición de las industrias, el comercio a gran escala, que hace del hombre un ser que vale por lo que produce y por lo que tiene y no por lo que es; la vejez que no tiene y no produce pierde su poder. Surgen los viejos como grupos marginados que necesitan de apoyo aunque aún conserven su estatus y su función dentro del seno familiar donde sigue siendo el núcleo. Este aspecto se pierde conforme los países se van desarrollando y se afecta aún más por los cambios en la urbanización, la educación, la modernización y los aspectos sociales.

1.2 En México

Los aztecas veneraban a los ancianos, el padre de todos los dioses era Huehuetēotl lo que significa (*huehue*: viejo, *teotl*: dios).

Es escasa la información acerca de la división de las edades, el *Códice Mendocino*, es de las pocas fuentes que hablan sobre la vida de los ancianos. Otras fuentes dan algunas noticias sobre jerarquía, entre éstas el considerable respeto que se tenía a los ancianos o las diferencias que había entre el hermano menor y el mayor; pero este material es escaso, sobre todo cuando pueden sospecharse importantes relaciones sociales de trabajo, mando, sucesión etc., que se perciben pobremente (López Austin, A.: 1984).

Existen textos que presentan el doble panorama de aquellos individuos que han llegado a la edad avanzada en pleno uso de sus facultades mentales y de aquellos que, por haberlas perdido, se han convertido en una pesada carga. Se menciona a los primeros, cuando son varones, como dueños del fuego del *Tonalli* (*tleyo*, *mahuizyo*). Sus valores más grandes son la experiencia, la posibilidad de transmitir a la familia los conocimientos tradicionales, autoridad, ejemplo moral y, en términos generales, sus dotes como instructores. En el caso de las ancianas, se hace resaltar en ellas su carácter de elementos cohesivos de las familias, su calidad ejemplar, la dirección que ejercen sobre las mujeres de la casa en lo que toca a las labores manuales y su naturaleza de símbolos de linaje. Los viejos malvados se caracterizaban como inútiles, incapaces de ser ejemplo de vida recta, y deteriorados intelectualmente.

La fuerza del *Tonalli* bajo este concepto se veía aumentada con la edad y los cargos desempeñados; el fuego era acompañado de una inteligencia lúcida del viejo, por lo cual era la única persona que podía estar al frente de cargos de importancia. Esto es claro en la palabra *huehueyohuan* (no) que registra Molina; le da el valor de "mis ministros de justicia", en sentido literal es "mis ancianos". Otra palabra que aparece en el libro franciscano es *huehuētlalla* (*nite*) "dar cargo y oficio honroso a otro", literalmente es "yo asiento a alguien como anciano".

Pero la inteligencia podía decrecer vertiginosamente con el avance de los años, hasta hacer del viejo "por segunda vez un niño" (*oppa piltontli*). En este caso la fuerza del *Tonalli* acompañada de la estupidez, hacía del hombre muy viejo un ser dañino y monstruoso, como dice Cervantes de Salazar.

Pese a que se concebía la tierra como un sitio de sufrimiento, la vejez era estimada como un gran don de los dioses, don otorgado principalmente a algunos de los que pertenecían al signo *ce cozcacuahitli* o al *matlactloce cozcacuahitli* (López Austin A.: 1984).

En el México actual existe aún la llamada familia tradicional. Las familias se mantienen unidas y son ellas las que se ocupan de los que envejecen, son pocas las que internan a sus viejos en asilos o casas de asistencia. La situación particular de éstos se describe a lo largo de todo el trabajo (González Miers, M. R.: 1993).

2. El envejecimiento

2.1 Concepto de envejecimiento

La interacción de varios procesos que van desde el ámbito biológico y normal del envejecimiento hasta los culturales y socioeconómicos es la que determina la salud de la población envejecida.

Es importante mencionar que todo concepto de salud en el anciano debe llevar implícito el término capacidad funcional. Éste debe ser susceptible de valoración tanto a nivel individual como a nivel colectivo, lo que permitirá conocer la capacidad funcional de cada individuo y la toma de decisiones en cuanto a programas y servicios se refiere, facilitando con una evaluación posterior la medición de la eficacia y la eficiencia de éstos.

En la actualidad no existe un criterio uniforme para conceptualizar la salud, y tal vez el principal problema radica en que se han obviado los aspectos de mayor importancia a considerar como son, que la salud es un proceso y no un instante de la vida de un individuo, por lo que es una situación dinámica, capaz de ser medida, y por consecuencia cuantificable y cualificable.

En el anciano en particular se presentan otros aspectos que valorar. En efecto, los cambios fisiológicos que acompañan al proceso del envejecimiento acusan en un buen número de ancianos determinadas deficiencias funcionales en diversos órganos del cuerpo, lo que a su vez conduce a la disminución de la función del organismo como un todo. Si a esto se agregan las múltiples enfermedades que por lo general padecen estos individuos, que entorpecen su desenvolvimiento físico, así como su bienestar psíquico y por consiguiente su desarrollo social, no es difícil comprender que es aquí donde menos se puede aplicar el concepto de salud entendido como "ausencia de enfermedad" o el del "pleno bienestar físico y mental y social" que utiliza la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que surgen otras opciones para definir al envejecimiento.

En el mundo se considera la edad de 60 años como el límite inferior que determina la etapa del envejecimiento en las personas, sin embargo es necesario mencionar que esto no está dado por un cambio biológico específico que se produzca a esta edad, sino que en la mayoría de los países, este hecho cronológico determina por sí la jubilación del individuo.

Existen diversas formas de conceptualizar al envejecimiento. Para Devesa el envejecimiento no es más que la pérdida de las capacidades funcionales de la persona. (Devesa Colina, E.: 1992, (a)). Mientras que González Aragón lo refiere como "todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos" (González-Aragón Gutiérrez, J.:

1994, p.9) y lo considera como un fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coinciden la edad cronológica y la involución biológica

Otros autores explican al envejecimiento de una manera más integral, y lo definen como el resultado de la interacción entre los factores genéticos y las influencias extrínsecas ligadas al medio (Gutiérrez Robledo, L. M. y Martínez Arronte, F.: 1993) o como el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo mental y lo social, es decir, entre lo genético y lo social adquirido (Barquín Calderón, M.: 1993).

Estos dos últimos conceptos son las que favorecen la comprensión del fenómeno del envejecimiento que se da en la especie humana, ya que éste se manifiesta de manera diferente en cada individuo, aun cuando tiene características generales comunes. Esto se debe a que este proceso depende de lo genético adquirido por el individuo y de la influencia del contexto social en que éste vive, por lo que el fenómeno es al mismo tiempo, individual y social.

En lo referente a indicadores específicos del envejecimiento de la población se debe mencionar el índice de Swaroop, quién junto con Uemura, propusieron un indicador sencillo que se obtiene con el porcentaje de muertes en edades de 50 y más años, con relación al número total de muertes de la población, este índice se denomina como indicador de mortalidad proporcional o de supervivencia. (Swaroop, S.: 1964, p. 318).

Esto se ve apoyado por la noción de "envejecimiento diferencial" la cual se maneja actualmente (Rowe, J.W., Kahn, R.L.: 1987).

Dicha noción refiere que a lo largo del curso de la existencia la exposición diferencial a las variables ambientales en interacción con cargas genéticas individuales conduce a una expresión única de envejecimiento para cada individuo. El proceso de diferenciación entre los individuos continúa durante toda la vida, determinando ritmos y estilos peculiares de envejecer que varían no sólo entre los individuos sino entre los distintos aparatos y sistemas de un mismo individuo, cuya función se deteriora a ritmos diferentes por la interacción del envejecimiento, la enfermedad, la dieta y otras variables ambientales.

La modificación de los factores intrínsecos es muy limitada ya que la base del conocimiento actual aún no permite modificar por ejemplo la duración máxima de la vida; sin embargo, podría incidir en los factores extrínsecos, lo que traería como consecuencia el aumento de la proporción de la población que es capaz de explotar al máximo su potencial genético de longevidad en ausencia de invalidez.

Lo anterior permite romper con lo que tradicionalmente se ha manejado respecto de los efectos que tienen los factores intrínsecos y extrínsecos en el proceso de envejecimiento en el individuo, calificando algunos efectos extrínsecos como "debidos a la enfermedad" y ciertos efectos intrínsecos como "normales". Esto hace considerar que el envejecimiento normal no es un mal inevitable y que no necesariamente merece compasión ni atención médica estrictamente curativa (Rowe, J.W, Kahn, R.L.: 1987).

El deslindar los límites entre la enfermedad y las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento ha llevado a algunos autores a proponer nuevos conceptos.

Rowe y Kahn proponen el estratificar el envejecer "normal" en dos categorías:

Envejecimiento exitoso, el cual se refiere a los sujetos en quienes se observa sólo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento, y en los que ni la enfermedad ni los factores ambientales o adversos en el estilo de vida complican o acrecientan el deterioro. Esto representa una mayor reserva fisiológica y menor riesgo de enfermedad. Además, implica la existencia de cambios que, a la luz del conocimiento actual, son prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento.

Envejecimiento usual, es aquél en que se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida, sobre el proceso de envejecimiento intrínseco.

Lo anteriormente expuesto ilustra lo que ocurre en el proceso del envejecimiento. Hay que dejar claro que en la realidad de nuestro país se está trabajando con las consecuencias que genera el envejecimiento usual y, en un número de casos bastante considerable, con el envejecimiento patológico, ya que la posibilidad de lograr un proceso de envejecimiento exitoso en nuestra población es aún muy difícil: Sin embargo, la tendencia de la atención a la salud de la población anciana debe ser dirigida hacia el acercamiento, en un primer momento, y hacia el logro, en un segundo momento, de este concepto.

Ahora bien, uno de los aspectos que más preocupa a los prestadores de servicios es que la población anciana curse con largos períodos de incapacidad, preocupación que comparten los ancianos, ya que a éstos no les preocupa tanto la muerte sino la incapacidad que les puede generar el transcurso de los años.

Esta incapacidad necesariamente tiene que ver con la vulnerabilidad o carencia de adaptabilidad del individuo al estado fisiológico, que se da como resultado de la combinación del envejecimiento biológico, la enfermedad y los factores ambientales. Esta incapacidad puede prevenirse o controlarse con la intervención o modificación de los factores de riesgo que están participando en su generación, para lo cual es necesario conocer mejor dichos factores.

La posibilidad de un envejecimiento exitoso depende en gran medida de los recursos que se destinan a la atención a la salud, ya que el logro de aquél requiere no solamente de la atención de las enfermedades, sino de una atención integral multidisciplinaria. Lo anterior

debido a que la atención de los problemas del envejecimiento incluyen tanto a la biología como a la enfermedad, el estilo de vida, la psicología y los aspectos sociales.

Por lo tanto el envejecimiento no concierne sólo al período de la senectud como se ha establecido por la "OMS" (60 años y más actualmente), sino que se inicia tempranamente, cuando el organismo alcanza el período de madurez, el desarrollo completo, hacia los 25 a 30 años, límite relacionado con los riesgos que las sociedades humanas crean. La mayoría de estos riesgos son factores de orden económico, social y mental y riesgos biológicos por exceso o carencia de satisfactores en las sociedades. Existen también factores de riesgo relacionados con la personalidad del individuo, sus hábitos de vida, idiosincrasia, y otros, que también modifican el proceso.

Dado que el envejecimiento es estudiado como un fenómeno individual y social, es necesario definir ambos conceptos.

1. Envejecimiento individual es aquel que concierne al deterioro del organismo humano: proceso anatómico (molecular, celular, histológico y orgánico), funcional y psíquico por declinación de capacidades normales en los individuos, la que se traduce en manifestaciones clínicas.
2. Envejecimiento social o poblacional es aquel que considera las características demográficas de la población: proceso permanente y colectivo que corresponde a la dinámica de la población que se refleja en la esperanza de vida.

En resumen, la senectud no tiene edades precisas. La población de 60 años y más no es un grupo homogéneo que presente inactividad, demencia o invalidez, al contrario, es un grupo de gran heterogeneidad demográfica, biológica, psicológica, social, cultural y económica, con desigualdades profundas.

Este concepto referente a cómo se genera el proceso del envejecimiento, ha dado cabida a pensar que el problema de la atención del anciano ha dejado de tener un enfoque primordialmente individual, y para tener otro fundamentalmente social.

2.2 Períodos de la vejez

Establecer una definición exacta del viejo es muy difícil, ya que no hay una relación entre la edad cronológica, la edad biológica, y la edad concebida como social, las cuales dependen de las actividades que el ser humano realice. Por ejemplo, para las empresas vieja es una persona de más de 40 años, para el deporte, de más de 30 años y para la jubilación de 65 años.

Existen una serie de términos que han surgido con el propósito de determinar de qué grupo de población se está hablando y cuáles son sus características. Los más utilizados son:

"Tercera edad", este concepto surge en Francia en 1950 y lo acuña uno de los iniciadores de la gerontología en este país, dicho término abarcaba "a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas consideradas como de baja productividad y bajo consumo y poca o nula actividad laboral" (Fajardo Ortiz, G: 1995, 1, p.). Lo anterior se precisó posteriormente y caracterizaba a los "jubilados y pensionados de arriba de 60 años de edad" (Fajardo Ortiz, G: 1995, 1, p.). El término ha sido muy criticado debido a que se menciona que si existe una tercera edad también debiera haber una primera y segunda edad.

La "cuarta edad" aparece como término complementario a la tercera edad, y ubica a la población de más de 80 años la cual se caracteriza fundamentalmente por una marcada declinación biológica, fisiológica, psicológica, mental y social. Al respecto Fajardo comenta que "en la vida diaria se puede acceder a la cuarta edad sin pasar por la tercera edad, ni contar con 80 años"

En 1994 la "OMS" establece el término adulto mayor caracterizando a las personas de 65 años o más de edad. (Fajardo Ortiz, G: 1995, 2, p.).

Asimismo Fajardo menciona que existen vocablos que se utilizan de manera similar a la connotación de adulto mayor y diría yo que también al de la tercera edad. Estos son los siguientes: viejo, senecto y anciano. El primero hace referencia a una etapa de la vida humana que se fija a partir de los 60 años. El segundo su fundamentación es principalmente cronológica (edad de 60 años) y el tercero caracteriza una persona de "mucho edad" sin aclarar a que se refiere esto último.

Sin embargo los términos antes descritos en muchas ocasiones se utilizan en forma despectiva, esto se debe a que se asocian a aspectos de deterioro, marginación, pasividad y dependencia entre otros, por lo que es necesario rescatar el concepto de "viejo" o "anciano" en una connotación más humanística dirigida hacia la etapa de la vida que refleja experiencia, valores y sobre todo sabiduría.

Con fines de clasificar el envejecimiento individual, se han establecido tres periodos en la vejez según edad cronológica (González Aragón, G.J.: 1994).

Prevejez

La edad que corresponde a esta etapa, oscila entre los 45 y 60 años (período preclínico). Durante esta fase, el organismo de la persona madura sufrirá una serie de cambios de tipo fisiológico, que si son realizados en forma adecuada le permitirán pasar a los otros periodos conservando sus facultades y capacidades prácticamente íntegras y libres de enfermedades. Es la etapa de la prevención de trastornos de la vejez.

Senescencia o vejez verdadera

Ésta abarca de los 60 a los 74 años (período de tratamiento). En esta etapa se presentan la mayoría de las enfermedades conocidas como "propias de la vejez", que, en realidad, se pueden presentar en otras edades; la diferencia estriba en que en los viejos tienen expresión y evolución particular.

Senilidad o vejez. Ancianidad

Se considera a partir de los 75 años una persona se encuentra en esta etapa. Aquí los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar a extremos irremediables; sin embargo, se puede intentar detenerlas en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación.

Desde el punto de vista social o poblacional, se ha considerado el grado de vejez demográfica. La Comisión Demográfica de la ONU, considera tres grupos poblacionales, (Fajardo Ortiz, G: 1995)

Población joven

Cuando las personas de 65 años y más constituyen menos del 4% de la población total.

Población madura

Cuando las personas de 65 años y más constituyen del 4 a 7% de la población total.

Población vieja

Cuando las personas de 65 años y más constituyen más del 7% de la población total.

2.3 Proceso del envejecimiento

Individualmente, al paso del tiempo, el ser humano se ve afectado en sus tres esferas, biológica, psicológica y social

Biológicamente, las primeras manifestaciones del envejecimiento morfológico y fisiológico aparecen ya desde el tercer o cuarto decenio de la vida. Desde ese momento, la masa de tejidos más activos, fundamentalmente la masa muscular, tiende a disminuir. En el anciano esto se acentúa y acelera, y lo mismo ocurre a nivel de los distintos órganos y funciones de los mismos. Es frecuente encontrar la disminución de las capacidades y facultades, que tienen que ver con la relación del individuo, tales como la vista, el oído, la movilidad, etcétera. Sin embargo, existen excepciones notables e importantes como es el sistema nervioso, el cual, según se ha comprobado, salvo en envejecimientos anormales o patológicos, sólo registra modificaciones menores desde el punto de vista funcional en edades avanzadas de la vida. En el plano de las aptitudes junto a disminuciones de la rapidez y la precisión de las reacciones a los estímulos y pequeñas faltas de memoria, no se advierten reducciones notables en el dominio del vocabulario ni en el uso de las fuentes de información

Psicológicamente, la tercera edad no es vivida de una manera uniforme por todas las personas. Tomando un solo ejemplo, el de la jubilación, vemos que la cesación del trabajo profesional es considerada por algunos como la liberación, como el acceso a un período en el cual pueden desaparecer parte de las incomodidades, la fatiga, las posibles enfermedades que conlleva un régimen laboral. Para ellos, este tiempo liberado se presenta como la ocasión

para poder entregarse a ocupaciones de acuerdo con sus deseos y vocación. En cambio para otros tal vez la mayoría, la jubilación, sobre todo cuando es obligatoria, es algo desagradable. En estas personas que al estar dedicados durante toda una vida a la profesión, la desaparición de esta etapa productiva y la cesación de la utilidad del yo, significa definitivamente una despersonalización, con pérdida de relaciones establecidas en el trabajo, disminución de los recursos financieros, reducción de las capacidades físicas y otras facultades, así como el aislamiento que todo ello puede llevar consigo.

La desaparición progresiva de los parientes y amigos más allegados y el derrumbe de ciertos valores tradicionales son otros elementos que hacen más difícil el equilibrio psicológico, por lo que el anciano requiere de un esfuerzo mayor que el realizado en los períodos precedentes para mantenerlo.

Desde el punto de vista social, la primera dificultad radica en la inestabilidad de las situaciones a las que puede verse enfrentado un anciano, producto del cambiante mundo de nuestros días.

Como se ha dicho antes, en las sociedades tradicionales las personas de edad eran por lo general personajes respetados, con reconocimiento, prestigio y autoridad. Dichas personas conservaban las tradiciones tecnológicas y culturales de las cuales eran depositarias y se consideraban como un capital colectivo de cuantía e importancia irremplazables; por consiguiente, eran los custodios del posible progreso de la sociedad.

Esta situación ha sufrido grandes cambios en las sociedades modernas, donde el funcionamiento de las estructuras industriales y administrativas dejó de estar alimentado y sostenido por los conocimientos y capacidades de las personas de edad, desvalorizó el capital intelectual, técnico y por consiguiente moral que poseían.

Los cambios en la estructura familiar, han influido negativamente en los roles ha desempeñar por los ancianos. Muchos de éstos no encuentran lugar en el medio familiar, e incluso, la sociedad los relega y reduce a la condición de individuos aislados, y olvida el potencial de conocimientos y experiencias que son cada vez más necesarios en este mundo senescente.

Todo lo anterior lleva a la reflexión respecto a cuáles son los factores que deberán tomarse en cuenta en la planeación de los servicios de salud y sociales que atenderán a la población anciana. Ya que la atención de la salud del anciano bajo este concepto debe tener un doble enfoque: individual y poblacional.

2.4 Enfoques del envejecimiento y su relación con la atención por los servicios de salud

El enfoque individual tiene como propósito dar elementos al anciano para lograr que éste reconozca en su diario vivir todos aquellos factores que puedan repercutir negativamente

en su salud, de modo que los evite o los modifique, y de esta manera enfrente con éxito los problemas que en el orden biológico, psicológico y social se le plantearán durante la tercera edad.

El enfoque poblacional tiene como propósito que los gobiernos y la sociedad en general, prevean en sus planes de desarrollo un crecimiento en los gastos e inversiones necesarios para cubrir las demandas que presente este grupo de edad, requiere del conocimiento de las necesidades de tipo médico-social que éstos presentan. Dentro de ello, se consideran las interrelaciones que tienen éstas, de tal forma que la satisfacción de una de ellas, e inclusive el modo de satisfacerla, influye en el resto. Dichas necesidades son dinámicas, se incrementan, algunas desaparecen, otras aparecen, pero en general la suma es siempre creciente dado el carácter de la sociedad en general y del hombre en Particular (Devesa Colina, E. y cols: 1992 (b)).

Las necesidades básicas que hay que considerar para consolidar la atención integral al anciano son: salud, vivienda y seguridad económica.

Por lo que se refiere a la salud, el enfoque será básicamente hacia los servicios médicos que son necesarios para el anciano, éstos incluyen programas de promoción de la salud y prevención de incapacidades, que son imprescindibles para todos los ancianos, de manera que éstos tengan un rol activo en el cuidado de su persona y, por consiguiente, un control eficaz sobre su capacidad funcional, incluyendo el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, así como la rehabilitación.

Con respecto a la vivienda, es importante contemplar que tanto desde el punto de vista individual como del social, el alojamiento de la vieja generación en hogares de ancianos o residencias no es lo recomendable, salvo en casos de extrema necesidad, puesto que extraer al anciano de su medio, de su familia y de su comunidad rompe con su entorno natural y con los vínculos afectivos, los cuales no ser pueden sustituidos, por buenas que sean las condiciones en estos lugares.

Por otro lado, los aspectos que hay que contemplar con respecto a la vivienda, son las características físicas con que cuenta, las que deben permitir autonomía, independencia, y seguridad física y económica al anciano.

En general los principales requisitos que debe cumplir este tipo de viviendas son: acceso sin gran esfuerzo físico, condiciones sanitarias adecuadas, estufa eléctrica (siempre que sea posible y si es el anciano el que prepara los alimentos), posibilidades de protección en áreas básicas (cocina, baños, pasillos) y ubicación donde el viejo pueda tener contacto con otras generaciones.

En cuanto a la seguridad económica, cubrir esta necesidad resulta imprescindible; para ello se requiere que se garanticen vías para cubrir las necesidades económicas como: cobertura de fondo de jubilaciones y pensiones acordes con el costo de la vida, posibilidad de ocupación remunerada de acuerdo con sus capacidades si el anciano lo desea. De esto se va

a desprender la posibilidad de mantener cubiertas sus otras necesidades, como son vivienda, higiene, vestido, educación, nutrición, entre otras.

Finalmente, las necesidades de los ancianos implican el desarrollo de una red de atención que incluya programas y servicios de tipo médico y social para satisfacer estas necesidades.

La respuesta a este problema, debe ser de tipo social, puesto que no existe un solo sector de la sociedad que no se encuentre involucrado de una forma u otra y en menor o mayor grado y, por consiguiente, que no deba participar de alguna manera en la solución de este problema cada vez más importante.

Por consiguiente, el estudio de los problemas de los ancianos y de la asistencia destinada a satisfacer sus necesidades, deben ser adecuados a la realidad, tomando en cuenta las particularidades de cada sociedad y, sobre todo, el deseo y posibilidades de solucionarlos.

Para llevar a cabo la planeación de los servicios de atención a la salud de los ancianos, deben considerarse los siguientes aspectos:

1. La atención debe ser integral, la cual contempla los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del anciano como individuo y como parte de un grupo de población. Esto requiere de acciones multidisciplinarias e intersectoriales.
2. El enfoque de atención individual y poblacional debe ser coherente.
3. Como son individuos con necesidades médicas y sociales, y el objetivo básico de su atención debe ser mantenerlo capacitado e independiente en el seno de la familia y la comunidad. De otra manera, no existe un estado o país en el mundo que, desde el punto de vista económico, sea capaz de mantener con el mayor bienestar posible a un grupo poblacional que puede llegar a constituir hasta la cuarta parte de su población.
4. Los servicios médicos-sociales deben formar parte de un sistema coordinado de prestación de servicios, el cual, a su vez, debe estar integrado al sistema de atención destinado al resto de la población.
5. Las facilidades de atención médica, por razones de enfermedad física o mental deben tener como base la atención primaria.
6. Siempre debe hacerse énfasis en la promoción de la salud y la prevención de incapacidades.
7. Deben existir opciones alternativas para aquellos que por razones de enfermedad o condiciones sociales especiales necesiten de cuidados institucionales.

8. El espectro de los servicios ofrecidos debe ser lo suficientemente amplio y establecer en forma congruente distintos niveles de atención, a esto se le ha denominado atención progresiva.
9. Los programas y servicios que se planifiquen deben tener como base la accesibilidad para todos aquellos que lo necesiten.
10. Es necesario preparar un mecanismo de evaluación individual para conocer primero si requiere de algún tipo de servicio y, en caso de necesitarlo, el nivel de atención que puede y debe serle ofrecido de acuerdo con sus necesidades de todo tipo. Esta evaluación debe ser frecuente ya que las condiciones biológicas, mentales, familiares y sociales cambian fácilmente, por lo que el nivel de asistencia también cambia.
11. Los programas y servicios planificados deben tan eficientes como sea posible; de ahí que la evaluación consecuente de su eficacia tenga que constituir una constante.
12. La decisión política de los gobiernos para desarrollar los programas y los servicios es imprescindible.

2.5 Otros aspectos a considerar en el envejecimiento

Las características socioeconómicas, culturales ambientales y estilos de vida bajo las cuales ha vivido la población envejecida, se reflejan en su estado de salud.

Se han llevado a cabo estudios sobre los factores que predisponen a esta población hacia las enfermedades, entre otros ocupan un lugar importante los relacionados con los estilos de vida. Esto se relaciona principalmente con: la dieta inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, el uso de drogas, el sedentarismo y el estrés.

Existe la necesidad de realizar una vigilancia estrecha sobre ellos, e instrumentar las acciones necesarias para modificarlos. El fomento de hábitos adecuados sobre la alimentación, la prevención de adicciones; así como del mantenimiento de una vida activa, tanto en el deporte como en el cultivo intelectual o las tareas manuales, favorecerán que el envejecimiento, sea una etapa feliz.

Un aspecto quizá de los más significativos es sin duda no sólo vivir más tiempo, sino vivir mejor; una vida sin calidad aceptable no es apetecible para nadie, aunque sea muy prolongada. (Rocabado Quevedo, F.: 1993).

2.6 Conclusiones

Tres puntos importantes hay que tomar en cuenta en relación con el envejecimiento de los seres humanos en las sociedades actuales:

1. La distinción entre envejecimiento normal o natural y envejecimiento debido a enfermedad.
2. El período en que comienzan a manifestarse los signos anatómicos y funcionales del envejecimiento biológico y psíquico, su intensidad, su precocidad, y la velocidad con que evolucionan.
3. El papel de los factores de riesgo en los procesos de envejecimiento.

Como consecuencia del desarrollo de la vejez, surgen en el ser humano situaciones complejas y de índole muy diversa. Desde el aspecto de la atención médica se encuentran: multiplicidad de condiciones patológicas, presentaciones atípicas de las enfermedades, efectos combinados (envejecimiento, más una patología), y rápido deterioro ante situaciones no tratadas oportunamente. Con frecuencia los problemas de salud se complican además de existir un alto índice de iatrogenias que generan hospitalizaciones prolongadas y repetidas.

Además del problema médico, aparentemente los factores sociales presentes en la vejez aumentan la necesidad de institucionalizar al anciano con el consecuente aumento en costos y, lo más importante, el deterioro emocional que conlleva. No obstante que el viejo concepto de los asilos como meros "refugios de despojo social" se ha modificado por confortables "residencias" y "casas hogar" para ancianos, en los que se proporcionan servicios gerontológicos y geriátricos que supuestamente proporcionan mayor bienestar biopsicosocial a los asilados, la realidad es que el anciano en la mayoría de los casos desea continuar viviendo en su hogar, rodeado de cariño y atención de sus familiares, del vecindario, la iglesia, el mercado, etcétera.

El envejecimiento poblacional tiene un particular significado para los sectores de asistencia social, ya que los ancianos en general, son personas que a mayor edad suelen dar muestra de mayor deterioro hemostático y fragilidad consecutiva a una menor respuesta inmunológica contra infecciones, que se agrava por el hecho de que padecen por lo menos una enfermedad de tipo crónico degenerativa, lo que conduce a un significativo deterioro del estado funcional en todos sus niveles.

Tal deterioro funcional magnifica la fragilidad de los viejos a las lesiones debidas a accidentes, envenenamientos y violencias, cerrando un círculo vicioso que conduce a la indefensión, incapacidad y eventualmente a la muerte. Al mismo tiempo se presenta la reducción del ingreso a partir de la jubilación y la disminución del apoyo por el entorno, que contribuyen a amplificar los efectos del deterioro funcional. Así los viejos constituyen un grupo de la población con múltiples y variados requerimientos.

Cabe hacer mención de que, como principio general en cuanto a servicios geriátricos, éstos no deben constituir entidades aisladas, sino que deben formar parte de un sistema organizado y orientado a asegurar niveles de competencia a la población anciana con respecto a otros grupos de edad.

Para que dichos servicios sean eficientes y eficaces, requieren de una fácil accesibilidad y una flexibilidad que les permita responder rápida y adecuadamente a necesidades y situaciones siempre cambiantes.

La atención de la salud del viejo compete a los tres niveles de atención. La prevención de la aparición de enfermedades crónicas y discapacitantes que son comunes, en última instancia tendrá impacto sobre la prevención de la fragilidad; por ello deben existir programas destinados a la prevención de tales patologías.

Para que se llegue a ver el predominio del envejecimiento exitoso, se debe aprender a ver con atención las actividades preventivas, sobre todo a partir de la edad madura y por medio de la educación para la salud tales como hábitos de vida sanos —estilo de vida— que propicien el mantenimiento de la correcta funcionalidad.

Considerando las necesidades específicas, debe privilegiarse un enfoque gerontológico, consistente en combinar efectivamente los servicios sociales y los de salud. Esto, con el objeto de promover el mantenimiento a domicilio y la autonomía funcional, y prevenir la institucionalización.

Por ello los aspectos que deben formar parte de una evaluación del estado de salud integral del anciano son:

- ◊ Estado físico: sano, enfermo (agudo o crónico) e incapacitado
- ◊ Estado mental: lúcido, confuso, demente
- ◊ Funcional: dependiente e independiente para actividades básicas e instrumentales, equilibrio y marcha
- ◊ Familiar: integrado, desintegrado
- ◊ Económico: dependiente, independiente
- ◊ Productividad: productivo, improductivo
- ◊ Estilo de vida: dieta, consumo de alcohol, tabaco y drogas; sedentarismo y estrés.
- ◊ Otros de tipo social: vivienda adecuada, inadecuada, arrendada o propia. Nivel educativo; servicios de salud; seguridad social, etcétera.

La instrumentación de programas específicos de atención integral es fundamental. Deberán incluir además de la atención médica rehabilitación física y psíquica; adecuación de la vivienda a las necesidades específicas de esta población y cambios en los roles familiares, entre otros aspectos.

3 La salud de la población anciana y su atención

3.1 En el mundo

En el ámbito mundial, los cambios demográficos y epidemiológicos han generado modificaciones tanto socioeconómicas como en la organización social.

La esperanza de vida del ser humano, ha aumentado más a lo largo de las cuatro últimas décadas que durante todo el curso de la historia de la humanidad. En los países en desarrollo la esperanza de vida en 1950 era de 40 años, en 1990 alcanzó los 63 años. En cuanto a la edad promedio, se observa que en los países desarrollados ésta es mayor que en los no desarrollados, una mitad de la población de éstos, tiene más de 70 años, mientras que en los países de menor desarrollo alcanzan sólo el 37% (Banco Mundial: 1993).

Como resultado de la reducción de las tasas de mortalidad en la niñez y de fecundidad, se han originado nuevas demandas de atención a la salud, en la medida en que el envejecimiento de las poblaciones ha hecho pasar a primer plano las costosas enfermedades no transmisibles de los adultos y ancianos. Sólo las muertes debidas a cánceres y enfermedades cardíacas aumentarán al doble, y si las características del hábito de fumar no se modifican se incrementarán hasta 12 millones al año en los países en desarrollo, en el tercer decenio del próximo siglo (Banco Mundial: 1993).

El envejecimiento de la población, fenómeno que se inició en los países desarrollados del norte y Europa occidental, comienza a reproducirse en los países de menor desarrollo, como en los países de América Latina y el Caribe.

Dado que el desarrollo no ha sido homogéneo en las distintas regiones del mundo, el envejecimiento también resulta diferencial. Europa occidental es el área más envejecida: 14.5% de su población es de 65 años y más; de ésta región, Suecia tiene 18%. Estados Unidos, 12.5%, América Latina, 4.8%, Asia, 5% y de este continente, Japón, 12.8%. Los países con porcentaje más bajo son los de África occidental y oriental con 2.8% (Ham Chande, R.: 1993).

A nivel mundial "la proporción de personas de 65 y más años de edad se ha incrementado de 5% en 1950 a más de 6% en 1990, y según proyecciones, alcanzará 10% en el año 2025." (Ortiz de la Huerta, D.: 1993, p.7).

En 1980, las Naciones Unidas estimaron para Latinoamérica y el Caribe que la población mayor de 60 años era el 6.4%, y para el año 2025, llegaría a 20.8% (Rocabado Quevedo, F.: 1993).

Según Ortiz de la Huerta, los mayores incrementos se darán en México y Brasil entre 1975 y 2025; en Brasil el aumento será de 6 a 31 millones de ancianos y en México de 3 a 18 millones.

Otros aspectos que ilustran las características de la población anciana son los relacionados con la sobrevivencia, el estado civil, la participación en el trabajo y la jubilación.

La tendencia de la expectativa de vida en la población anciana a nivel mundial va en aumento; en 1970 la mujer japonesa de 65 años esperaba vivir en promedio 15.1 años más, mientras que ahora sobrepasa los 20 años (Ham Chande, R.: 1993).

Según género, las mujeres viven más que los hombres, por lo que existen más ancianas que ancianos en el mundo; por ejemplo en Estados Unidos la relación de mujeres/hombres es de 140/100 y en Japón de 135/100 (Ham Chande, R.: 1993).

En cuanto al estado civil, la viudez en esta edad es característica de las mujeres; en Canadá se reporta que sólo 13% de los hombres son viudos frente a 46% de las mujeres; 75% de los hombres son casados y sólo 42% de las mujeres tienen este estado civil (Ham Chande, R.: 1993), lo que explica que las ancianas vivan en mayor proporción solas, además por que los hombres se vuelven a casar con mayor frecuencia y en general, son más grandes que su pareja. En los países desarrollados es más notoria la soledad en las mujeres; en Estados Unidos por ejemplo, 42% de las ancianas viven solas frente a 17% de los ancianos; en los países con menor desarrollo los porcentajes son más bajos, debido a que los patrones culturales favorecen que los ancianos compartan su vivienda con los hijos adultos, y que en los países industrializados se pueden sostener con mayor facilidad hogares aparte (Ham Chande, R.: 1993).

En los países industrializados se observa un descenso en las tasas de participación en el trabajo por esta población. En Francia, por ejemplo, en 1975 55% de los hombres entre 60 y 64 años trabajaban; en 1990, el índice disminuyó a 18%, esto se agrava aun más en las edades de 65 y más años, ya que en 1975 fue de 11% y en 1990 de sólo 2.8%. En países subdesarrollados las tasas de actividad económica en la vejez son más altas y aunque muestran una tendencia a disminuir ésta es menos severa (Ham Chande, R.: 1993).

En cuanto al retiro del trabajo existen diferencias a nivel urbano y rural. Los trabajadores asalariados en el ámbito urbano cuentan con un sistema de seguridad social, el retiro tiene una fecha y una jubilación; en el campo, el trabajo continúa y no se cuenta con seguridad social que proporcione una pensión. Esta situación también es diferente en los países desarrollados frente a los que están en vías de desarrollo. En los primeros, existe una preocupación financiera y el futuro de las prestaciones ante los altos índices del envejecimiento, aspecto muy poco resuelto en el subdesarrollo (Ham Chande, R.: 1993).

3.2 En México

En México, los acelerados cambios demográficos y epidemiológicos que propician el envejecimiento han motivado una serie de modificaciones que repercuten sobre la economía, la estructura familiar y las necesidades de atención de salud, entre otras.

En estudios efectuados en torno al tema de la epidemiología del envejecimiento, se han identificado los siguientes problemas principales: "pobreza, carencia de servicios especializados, elevada prevalencia de invalidez, polipatología y deterioro de la red de apoyo social y familiar" (Gutiérrez Robledo, L. M.: 1990, (a)).

Existen numerosos problemas aún no resueltos que aquejan a nuestros mayores y que dependen, en parte, de la carencia de una política coherente en torno al problema del envejecimiento.

A continuación se describe la situación actual en la que se encuentra la población anciana en nuestro país —la cual considerará las estadísticas de la población posproductiva que incluye las personas de 65 años y más— con la finalidad de comprender su problemática y poder plantear alternativas de solución.

3.2.1 Demografía y características sociales y económicas

Las características de la pirámide poblacional muestran un estrechamiento en su base y un ensanchamiento en su cúspide, esto último habla de un aumento en el número de ancianos.

La población de 65 años y más ocupa 4.2% del total; 1.9% corresponde a los hombres y 2.3%, a las mujeres. 6.6% se encuentra en el medio rural; 5.9%, en el semiurbano, y 5.8% en el área urbana. En el Distrito Federal, 4.8% corresponde al grupo de 65 años y más (Instituto Nacional de Estadística e Informática: 1990 (a), p. 13).

En cuanto a su estado civil, 20.2% de los hombres y 62% de las mujeres son viudos o solteros, 40% vive con sus hijos o en compañía de algún familiar y, cuando comparten la casa, 15% vive al menos con cuatro personas más (Gutiérrez Robledo, L. M.: 1990, (b), p 693).

El censo muestra que del total de los hogares, 17.6% cuenta al menos con un anciano; por otro lado 11% de estos ancianos viven solos, presentándose esto en mayor proporción en las mujeres. Una tercera parte de los ancianos que son jefes de familia viven con parientes que no son sus hijos.

Por lo que toca a los servicios con que cuenta su vivienda, poco más del 40% no tiene agua potable ni drenaje, y 16.6% carece de energía eléctrica (Gutiérrez Robledo, L. M.: 1990, (b), p 693).

De la población total de 65 años y más sólo 24.3% son económicamente activos, (Rocabado Quevedo, F.: 1993) porcentaje va a la baja: mientras que en 1970 67% de los hombres viejos trabajaban; en 1990 sólo lo hacía 46%. También existen diferencias de esta actividad a nivel rural y urbano: en el campo 52% de la población vieja labora regularmente, en las ciudades únicamente 34% (Ham Chande, R.: 1993).

Estas diferencias repercuten en la situación económica, social y de atención a la salud del viejo: 47% de la población económicamente activa no tienen seguridad social, 82% de las personas de 60 años y más no cuenta con una pensión de retiro, y el 18% restante recibe menos de un salario mínimo como pensión (Ham Chande, R.: 1993). Esto determina dependencia económica, múltiples carencias nutricionales y de atención a la salud, lo que les genera un ambiente difícil a nivel familiar.

Sin embargo la "Encuesta de Necesidades de los Ancianos en México" (Álvarez Gutiérrez, R., Brown, M.J.: 1983) reportó que sólo 3.3% manifestó tener necesidad de mejores condiciones de vida.

3.2.2 Daños a la salud

En cuanto a salud se refiere, el panorama epidemiológico que se presenta actualmente en la población anciana se explica a partir de los cambios que se han dado en los últimos años en la población general en los siguientes aspectos: la expectativa de vida actualmente es de 68 años en los hombres y 72 años en las mujeres; la tasa de mortalidad general descendió 28% durante el período 1980-1992; en 1992 fue de 4.7 defunciones por mil habitantes; (Secretaría de Salud: 1992) y tanto las condiciones de vida como la calidad de la atención médica han mejorado.

Morbilidad

La morbilidad en la población anciana es compleja ya que combina los aspectos biológicos, psicológicos y sociales peculiares de la vejez. Es característica de ella, la multimorbilidad, la combinación de enfermedades crónico-degenerativas con infecciosas y accidentes en un mismo individuo, así como los problemas de incapacidad⁴ e invalidez⁵.

Los egresos hospitalarios no reflejan la morbilidad general pero sí son un indicador importante de algunos problemas de salud. Las principales causas de egresos en los viejos incluyen enfermedades no transmisibles, transmisibles y accidentes. Poco más de la mitad

⁴ Discapacidad: "Ocurre en la persona y representa cualquier restricción de capacidad para realizar una actividad dentro de un rango considerado normal para una persona de la misma edad, cultura y educación" (Martínez Arronte, F.: 1995, 144 p.).

⁵ Invalidez: "Ocurre a nivel social cuando las condiciones son impuestas a la persona en tal forma que la pone en desventaja por las normas sociales, políticas y limita al individuo, por los roles sociales esperados" (Martínez Arronte, F.: 1995, 144 p.).

corresponde a enfermedades no transmisibles; de las transmisibles las neumonías en los hombres y mujeres, y las infecciones gastrointestinales en los hombres son de las más frecuentes. "La Encuesta Nacional de Salud" (ENS) refiere que 37.7% de la población de 60 a 69 años, 45.2% de la de 70 a 79 años, y 46.5% de la de 80 y más años, padecen alguna enfermedad crónica (Secretaría de Salud: 1994 (a), pp. 14-16).

En cuanto a los accidentes se conoce que éstos ocurren en una buena parte de la población y que a medida que aumenta la edad son más frecuentes y graves. La Cruz Roja Mexicana reportó en 1991 que de los accidentes atendidos en personas de 60 años y más, 58.8% fueron caídas, 24.5% con herramientas y 8.3% por vehículo de motor. Conforme a los datos se observa que las caídas aumentan con la edad: 50% ocurrieron en personas de 60-64 años, 55.5% en personas de 65-69 años, 56% en 70-74 y 70% en las de 75 años y más; las otras dos causas disminuyen. En cuanto al sexo es mayor la incidencia de caídas en las mujeres (Secretaría de Salud: 1994 (a), 17-18).

En relación con el tipo de lesión en cuatro hospitales generales del D.F. en 1986 se encontró que las principales lesiones en el grupo de población de 65 años y más, fueron por orden de importancia: en las mujeres, fracturas, contusiones y heridas; y en los hombres heridas, fracturas y contusiones, y se refirió que las fracturas que ocurren en miembros superiores e inferiores, afectan a siete mujeres por cada dos hombres (Secretaría de Salud: 1994 (a), pp. 19-21).

Las discapacidades son efecto en orden de importancia: de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y la violencia; éstas se presentan con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. Las limitaciones parciales y totales de la vida diaria aumentan con la edad, en el grupo de 60 a 69 años las limitaciones parciales en relación con las totales son mayores, mientras que en el grupo de 80 y más, éstas se invierten (Secretaría de Salud: 1994 (a), pp. 21-22).

En cuanto a la prevalencia de las incapacidades se encuentran algunos datos que pueden orientar este aspecto: la "Encuesta Nacional de Invalidez" muestra que las incapacidades aumentan conforme a la edad, en una tasa de 1000 incapacidades por 100 000 habitantes mayores de 60 años (Rosales L., Galván S., y Martín A.: 1982). Los problemas más frecuentes de discapacidad son los de causa motora, artropatía, ceguera, trauma y sordera, entre otros. En esta encuesta no se estudiaron secuelas por enfermedad mental. Es importante apuntar que la discapacidad se presenta con mayor frecuencia, en la población mayor de 80 años; aproximadamente en el 40% de este grupo.

Mortalidad

En cuanto a la mortalidad específica para el grupo de 65 años y más, en 1992 la tasa fue de 53.4 defunciones por cada mil habitantes (Secretaría de Salud:1992); de éstas, resaltan las muertes ocasionadas por enfermedades crónico degenerativas (62%) principalmente: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus e hipertensión arterial, seguidas de las enfermedades infecciosas, como neumonía e influenza, y en menor grado enfermedades infecciosas intestinales, además de las muertes ocasionadas por las deficiencias de la nutrición y por accidentes, las cuales se encuentran en sexto y octavo lugar de muerte respectivamente.

Se advierte que algunas de las muertes aumentan o disminuyen conforme las personas rebasan los 65 años. Las enfermedades de la circulación, pulmonares, cardíacas, cerebrovasculares, hipertensiva, gastrointestinales de tipo infeccioso; de la sangre ocasionadas por deficiencias de la nutrición, así como los accidentes por caídas, se presentan con mayor frecuencia en edades muy avanzadas. Los padecimientos como el cáncer, de las glándulas endócrinas, del metabolismo, de la inmunidad, la tuberculosis, y las ocasionadas por otras causas a las anteriormente mencionadas del aparato digestivo y los accidentes se presentan con menor proporción conforme aumenta esta edad (Secretaría de Salud: 1994 (a), pp. 22-25).

En cuanto al sexo, en las mujeres predominan las muertes por causas endócrinas, enfermedades de la circulación pulmonar, hipertensiva, y tumores de hueso, piel y mama; en los hombres predominan la isquemia del corazón, las enfermedades del aparato digestivo, el tumor maligno de los órganos respiratorios y la tuberculosis (Secretaría de Salud: 1994, 22-25).

Otro dato importante que se encuentra en esta encuesta, es que aproximadamente el 6% de los ancianos eran parcialmente dependientes para las actividades de la vida cotidiana y el 2% en forma totalmente dependientes.

3.2.3 Recursos para la atención a la salud

Son escasos los hospitales que cuentan con servicios especializados de geriatría, y están concentrados en el Distrito Federal y sus alrededores, y se ofrecen en: el Hospital "Adolfo López Mateos" del ISSSTE, el Centro Médico La Raza del IMSS, el Hospital General, el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", el Hospital "Gustavo Baz Prada" para Enfermos Crónicos y el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" todos ellos de la SSA, y en el Hospital Español. Existen consultorios y clínicas privadas pero poco accesibles económicamente para la población general (Secretaría de Salud: 1994 (b), p. 30).

Los recursos humanos y materiales con que cuentan estos servicios son: seis hospitales de atención especializada, con un promedio de 15 camas, algunos con pabellón independiente y otros dentro del servicio de medicina interna, con dos o tres geriatras en cada hospital, que atienden aproximadamente a 1000 pacientes de la tercera edad anualmente. El costo día-cama oscila entre 500 y 1000 pesos m/n (Secretaría de Salud: 1994 (b), p. 31)

En cuanto a servicios prestados se refiere, existen pocos datos publicados; entre ellos se encuentran los del "Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán", (hospital de tercer nivel). En el instituto, 21% de la consulta externa fue para los ancianos, 28% de las camas están ocupadas permanentemente por personas mayores de 60 años, con un tiempo de estancia prolongado con una alta prevalencia de deterioro funcional, inmovilización, incontinencia o necesidad de ayuda, que hace más difícil y costosa su atención (Gutiérrez Robledo, L. M. y Martínez Arronte, F.: 1993).

Otros hospitales con servicio geriátrico coinciden en que 30% de las camas de hospitalización son ocupadas por personas mayores de 60 años, 20% de las consultas se otorgan a estas personas, la atención de las enfermeras requiere 20% más esfuerzo que aquél dedicado a las personas de menor edad, porcentaje que aumenta en los pacientes de más de 80 años, y el promedio de estancia alcanza 21 días (Secretaría de Salud: 1994 (b), p. 33).

Según la Encuesta Nacional de Salud los servicios de atención médica más utilizados por las personas de 60 años y más fue: medicina particular 40.5%, IMSS 31%, ISSSTE 9.9%. Las mujeres (59%) acuden a solicitar atención en una proporción mayor que los hombres. (Secretaría de Salud: 1994 (b), pp. 31-33).

En cuanto a la atención social, varios programas. Los del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), las del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y las de las instituciones de seguridad social en apoyo a los ancianos. Sin embargo el problema aún no está resuelto para la atención de más de 5 millones de personas de 60 y más años de edad en el país, y menos lo estará para asistir a los 18 millones de personas que en el futuro conformarán este grupo, si no existe planeación adecuada para enfrentar este reto. Se conoce la falta de recursos estructurales como son hospitales de día y servicios domiciliarios entre los que se incluirían los destinados a la rehabilitación, además de que como ya se describió, en la actualidad existen contadas instituciones del sector público para cuidados de largo plazo así como de apoyo a los familiares que acceden a mantener a sus viejos en sus domicilios.

Por lo que se refiere a servicios asistenciales, en la República Mexicana existen 358 asilos de los cuales 137 se localizan en el Distrito Federal (D. F.).

En la delegación Cuauhtémoc del D. F., se está llevando a cabo un modelo de atención domiciliaria, atendido por un equipo de salud integrado, por un médico, una enfermera especialista, una terapeuta del lenguaje, un inhaloterapeuta, un psicólogo, un trabajador social, un gericultista y promotores voluntarios. Sus acciones se encaminan al empleo de un plan terapéutico integral, el cual incluye acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados prolongados, todo ello en el domicilio de los ancianos. El modelo se aplica en tres comunidades: Fray Servando Teresa de Mier, Juan Diego y Tepito; con un programa denominado "Un hogar para el anciano en nuestro barrio", integrado por tres subprogramas: Salud, Vinculación con la Comunidad y de Servicios de Apoyo.

Con el panorama biológico y social de la ancianidad, se puede prever que este problema implica, e implicara más aún, un importante consumo de recursos. Sin embargo, es

evidente que tal situación existe y es necesario darle atención. Es importante pensar en el tipo de atención que el país puede otorgar a esta población, sin dejar de apuntar que ésta debe ser integral, de modo que permita a esta población vivir lo más humana y dignamente posible.

3.3 En la delegación Tlalpan

3.3.1 Características geográficas relevantes

Ubicación

La delegación Tlalpan se encuentra ubicada en el sur del D.F. limita al norte con la delegación Coyoacán, al sur con el Estado de Morelos y el Estado de México, al este con las delegaciones de Xochimilco y Milpa Alta. Y al oeste con la delegación Magdalena Contreras.

Cuenta con una extensión territorial de 310.8 km², que corresponde al 20.73% del total del territorio del Distrito Federal.

Clima

El clima es en general templado con lluvias en verano. La poca humedad atmosférica permite el paso de los rayos solares, lo que origina una gran diferencia entre el aire y el suelo; sus variaciones son entre 9^o y 15^o C, y la temperatura media de verano, es superior a los 10^o C. En las laderas de las montañas, la temperatura del mes más frío es en promedio menor a los 3^o C, y las lluvias son más frecuentes debido a que existe una vegetación de musgos y líquenes.

Contaminación

Los principales contaminantes atmosféricos, de acuerdo con los datos de "Programas delegacionales de mejoramiento ecológico", son: dióxido de carbono (CO₂), monóxido de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃), producidos principalmente por vehículos automotores y otras fuentes fijas no evaluadas.

El depósito de basura y de excreta en arroyos y barrancas, contribuye a la contaminación tanto del medio ambiente, como de las corrientes superficiales y del agua subterránea.

Las partículas suspendidas se constituyen de polvo y en menor proporción, de materia fecal.

Uso del suelo

La mayor parte de la superficie de la delegación la ocupa la reserva ecológica formada por bosque, pastizales y agricultura. El bosque se constituye de oyamel, pino y de diferentes especies de encino; los primeros se localizan en las partes altas de la sierra Ajusco-Chichinautzin, y los segundos en las zonas bajas de la misma.

Las comunidades que se encuentran en las partes bajas de la zona montañosa conforman el uso del suelo habitacional. Este comprende una zona antigua formada por casas de estilo colonial y viejas haciendas alrededor de las cuales en las últimas décadas se han desarrollado nuevos asentamientos populares, así como zonas residenciales. Los principales pueblos aledaños son San Miguel Ajusco, San Miguel Topilejo y San Andrés Totoltepec.

Dentro de la zona urbana y rodeado por terrenos de uso habitacional, se encuentra el Parque Nacional Bosque del Pedregal.

El crecimiento urbano para el período comprendido entre 1980-1990 fue de 12.5 km².

El equipamiento (servicios públicos y privados) comprende los servicios administrativos propios de la delegación, hospitales y clínicas, y escuelas de nivel preescolar hasta superior.

El uso del suelo industrial comprende las zonas de Tlalpan y Acoxta, y hay en ellas industria farmacéutica, maquiladora y ensambladora, entre otras (Instituto Nacional de Estadística e Informática: 1990 (c)).

3.3.2 Características demográficas

La delegación Tlalpan tiene una población total de 504 445 habitantes con una densidad de población de 1 618 habitantes por km².

De acuerdo con la estructura por grupos de edad y sexo, en 1990 existían 16 345 personas que pertenecían al grupo de 65 años y más, lo que correspondió al 3.2% del total de la población, de los cuales 6 590 (40.3%) pertenecían al sexo masculino y 9 755 (59.7%) al sexo femenino (Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal: 1990).

Con respecto al estado civil de este grupo de edad, 48.2% estaba casado, 35.3% era viudo y 7.4% permanecía soltero, 2.8% vivían en unión libre, 2.5% separados, y 2% divorciados (Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal: 1990)

3.3.3 Factores condicionantes

Vivienda

Según el censo de 1990, existían 103 137 viviendas particulares, de las cuales 68% correspondían a casas solas, y 30.5%, a departamentos en edificio, casa en vecindad o cuarto en azotea.

Los servicios urbanos de los que disponían eran: drenaje 84.21%, energía eléctrica 98.7%, y suministro de agua potable 88.5%.

Educación

Con respecto al nivel educativo este grupo de edad es muy heterogéneo en cuanto a grado de escolaridad; sin embargo, destaca que 77.7% de la población carecía de instrucción media.

Ocupación

En este aspecto se observa que a medida que aumenta la edad, aumenta la tasa de desocupación siendo ésta para el mes de abril de 1990, para el grupo de 55-64 años de edad grupo inmediato anterior al grupo de 65 años y más, de 4.9%.

Seguridad social

El 62% de la población anciana tenía derecho a la seguridad social y el 38% es considerada población abierta.

3.3.4 Daños a la salud

Morbilidad

Dentro de las primeras causas de morbilidad general en los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1989, las infecciones respiratorias agudas y otras infecciones intestinales y las mal definidas, ocupaban el primer y segundo lugar respectivamente, seguidas de la amibiasis, ascariasis y las dermatofitosis. En el sexto lugar se encontraba la hipertensión arterial y en el décimo segundo la diabetes mellitus (Secretaría de Salud: 1989)

En los egresos hospitalarios por grupo de edad, en el año 1990, la primera causa de egreso en el grupo de 60 años y más, eran las enfermedades de otras partes del aparato digestivo, seguido de otras enfermedades del aparato respiratorio, fracturas, trastornos de la inmunidad, y de diabetes mellitus, seguidas por la hernia de la cavidad abdominal, los trastornos del ojo y sus anexos, enfermedades de los órganos masculinos, hiperplasia de la próstata, seguida de bronquitis y bronquiolitis agudas y de enfermedad del corazón (Secretaría de Salud: 1991(a), p.84).

En los hombres de 60 años y más, se encontró que en 1990 las dos primeras causas de egreso hospitalario coincidían con los egresos para ambos sexos, seguidos de las enfermedades de los órganos genitales masculinos y de la hiperplasia de la próstata, apareciendo en este orden de importancia la cirrosis y otras enfermedades, seguido de las fracturas y de los trastornos de la inmunidad (Secretaría de Salud: 1991 (b), p. 88).

En las mujeres de 60 años y más para el mismo año, aparecían como principales causas de egreso las enfermedades de otras partes del aparato digestivo, seguidas en orden de importancia de las fracturas, de otras enfermedades del aparato respiratorio, de las enfermedades de la glándula tiroides, de la diabetes mellitus así como de la enfermedad cerebrovascular (Secretaría de Salud: 1991 (c), p. 92).

En la delegación Tlalpan (Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal: 1990) en la morbilidad general de 1991, aparecen como primeras causas, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las del aparato genitourinario.

En el reporte de casos nuevos de enfermedades en 1991, para el grupo de 65 años y más de la delegación, se encuentran las enfermedades del aparato respiratorio, las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, las de los aparatos digestivo, genito urinario y circulatorio, como primeras cinco causas respectivamente, seguidas de los signos y síntomas y estados morbosos mal definidos, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades infecciosas y parasitarias, las del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y las de la piel y tejido celular subcutáneo.

Mortalidad:

En general, las defunciones aumentan en los grupos de edad avanzada. La tasa de mortalidad general en 1990 era de 5.2 muertes por 1000 habitantes, ((Secretaría de Salud: 1990 (a)) y en el grupo de edad posproductiva la tasa fue de 55 por cada 1000 habitantes de 65 y más años (Secretaría de Salud: 1990 (b)).

En la delegación Tlalpan en 1990, la distribución de defunciones por causa en la población anciana fue: transmisibles, 6.4%; crónico-degenerativas, 90.4% y accidentes y/o lesiones 3.2%, (Secretaría de Salud: 1992 (b)).

En el grupo de 65 y más años, las cinco primeras causas de muerte son: las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular y la neumonía y la influenza, seguidas de la bronquitis crónica y de la no especificada, las deficiencias de la nutrición, los accidentes —específicamente los de tráfico de vehículo de motor y los de ahogamiento y sumersión accidentales—, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y, la nefritis, el síndrome nefrótico y la nefrosis. (Secretaría de Salud: 1992 (a)).

En el Distrito Federal las muertes en la población de 65 años y más correspondieron al 47% del total de las muertes ocurridas en esta entidad; conservándose el mismo orden en cuanto a las causas de defunción.

3.3.5 Recursos para la atención de la salud

En esta delegación se encuentra la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, organizada en dos niveles: jefatura y unidades aplicativas.

La jurisdicción se coordina con otras instancias de los sectores público, social y privado, para integrar el Comité Delegacional de Salud, el cual coordina los esfuerzos de las instituciones y lleva acciones de bienestar a la población.

La delegación cuenta con 69 unidades del Sector Salud de diversas instituciones y niveles, para dar atención a población abierta y con seguridad social. Estas unidades se distribuyen en: 54 unidades de primer nivel, 9 de segundo nivel, y 6 de tercer nivel.

Dichas instituciones cuentan con un total de 63 consultorios para medicina general, 201 para especialidad en los cuales están incluidas el IMSS, el ISSSTE, el SMDDF y la SSA.

La cobertura por cada institución es la siguiente: IMSS 50%, SSA 33%, ISSSTE 12%, DDF, DIF y Privados 5%³.

En cuanto a la atención específica para el anciano, se reporta un establecimiento dependiente del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), que cuenta con 30 personas afiliadas. En el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" se está implementando un modelo de atención a la salud para este grupo de población, el cual se encuentra en proceso de evaluación.

A continuación se mencionan las instituciones con que cuenta la delegación, las cuales pueden proporcionar algún tipo de servicio gerontológico o geriátrico:

- ◊ Centro de Salud "José Castro Villagrana" (CEAPS) SSA-UNAM
- ◊ Unidades médicas familiares de primer nivel del ISSSTE
- ◊ Unidades médicas familiares de primer nivel del IMSS
- ◊ Hospital "Dr. Manuel Gea González" SSA
- ◊ Hospital Psiquiátrico SSA
- ◊ Instituto Nacional de la "Nutrición Salvador Zubirán" SSA
- ◊ Instituto Nacional de Cancerología SSA
- ◊ Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
- ◊ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- ◊ Instituto Nacional de Neurología "Dr. Manuel Velasco Suarez"
- ◊ Clínica y fundación "Médica Sur"
- ◊ Servicios Clínicos "Santa Teresa"
- ◊ Servicios clínicos de la Vejez I.A.P
- ◊ Fundación para la Promoción Humana I.A.P
- ◊ Club de la tercera edad del INSEN "Isidro Fabela"
- ◊ Consultorio Tlalpan del INSEN
- ◊ Casa hogar para ancianos "Isabel la Católica"
- ◊ Casa hogar "Dale la Mano al Anciano" I.A.P
- ◊ Casa de reposo "Mateos Portillo" (pertenece a la Fundación para la Promoción Humana. "Asilo "San Camilo de Lelis"
- ◊ Casa de reposo "Guadalupe"
- ◊ Casa hogar "Santísima Trinidad"
- ◊ Centro de desarrollo comunitario "Miguel Hidalgo" DIF
- ◊ Centro de desarrollo familiar "Juan A. Mateos" DIF
- ◊ Centro de seguridad social para el bienestar familiar Tlalpan IMSS

4 Marco jurídico y políticas de atención para los ancianos

4.1 Programa Regional de Salud del Anciano

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), tomando el mandato de su consejo directivo y las recomendaciones de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, estableció desde 1983 un Programa Regional de Salud del Anciano, que se concentra en la tarea de promover, entre los países miembros, el desarrollo de programas nacionales coherentes e integrados por los servicios generales de salud existentes y por los programas homólogos de los otros sectores involucrados en el problema.

Las estrategias desplegadas para el logro de este propósito se concentran en las siguientes áreas:

- ◊ "Promoción y profundización del conocimiento de la problemática del anciano.
- ◊ Estímulo a la investigación epidemiológica y clínica.
- ◊ Apoyo técnico a la formación de recursos humanos.
- ◊ Diseminación de la información y orientaciones en niveles políticos y de la sociedad civil.
- ◊ Cooperación técnica entre países"

La problemática de los ancianos exige la puesta en marcha de políticas y programas orientados para este grupo de edad, de manera que se busque asegurarles la disponibilidad de servicios sociales y de salud en un contexto de integración real en la sociedad y en la producción. Sin embargo, reconociendo las limitaciones en recursos materiales y humanos, es importante proponer ideas sobre estrategias y acciones novedosas adaptadas a la realidad social y económica del país.

De acuerdo con lo anterior, la OPS propone las siguientes estrategias de acción:

- ◊ "Atención de salud para los ancianos, integrada a los servicios de salud.
- ◊ Promoción y reforzamiento del rol de la familia y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos.

- ◊ Provisión de servicios institucionales para cuidados de largo plazo e internamiento de ancianos como último recurso. Las instituciones para ancianos deben procurar un ambiente familiar y la preservación de su autonomía.
- ◊ Políticas de asignación de recursos de diferentes fuentes y atendiendo factores tan importantes como vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social. No está demás señalar que el nivel económico es el principal determinante de salud, por lo tanto, deben desplegarse todos los esfuerzos necesarios para asegurar un ingreso digno a las personas ancianas. Para este fin se debe realizar: a) la búsqueda de la universalidad en la renta y la seguridad social, b) el otorgamiento de concesiones especiales para los ancianos, ejemplo: vivienda, subsidios alimentarios, transporte y servicios de salud gratuitos, c) fomento para el desarrollo de proyectos capaces de generar ingresos para los ancianos y sus familias, y d) oportunidades de trabajo, jubilación y rentas más flexibles.
- ◊ Enriquecimiento de los conocimientos a través de la investigación, tanto básica como aplicada y operacional" (Organización Panamericana de la Salud: 1983).

4.2 Políticas en América Latina

A pesar de que el aumento de la población anciana se presenta de manera general en el mundo, y por consecuencia ha originado demandas nunca antes experimentadas de servicios médicos y sociales, solamente algunos países han implantado políticas claras y coherentes al respecto.

La gran semejanza de las características del problema en los países de América Latina, ampliamente documentado por los hallazgos de múltiples estudios, especialmente por la Encuesta de Necesidades de los Ancianos, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual ha sido ejecutada por 15 países, además de otros estudios similares, generó el intento de alcanzar un consenso regional en cuanto a ubicar este problema como uno de los más complejos que enfrentan las sociedades actuales, tanto desarrolladas como en desarrollo, ya que su atención requiere de una coordinación intersectorial y multidisciplinaria.

Es por ello que la OPS y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), con la colaboración del Centro Internacional de Envejecimiento, Denville, New Jersey, Estados Unidos de América, acordaron organizar a fines de 1992 un taller sobre políticas en favor de las personas de edad. Dicho taller coincidió con el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Viena, Austria, y de la cual emergió el Plan de Acción Internacional sobre el

Envejecimiento. Este fue firmado por los representantes de 124 países que tomaron en cuenta la resolución de la ONU (diciembre, 1991) relativa a los "principios en favor de las personas de edad", y la adopción por dicho organismo de los Objetivos Mundiales relativos al Envejecimiento para el año 2001 (septiembre, 1992).

Las conclusiones y las recomendaciones de los participantes más importantes fueron:

- ◊ Se reconoce la necesidad de que la problemática relacionada con el envejecimiento individual y colectivo sea identificada con el más alto nivel político el cual debe decidir su prioridad y orientar la aplicación de las políticas en el ámbito nacional.
- ◊ Las políticas nacionales que tengan como eje el envejecimiento de la población deben ser integrales y multisectoriales. El sector salud, que tradicionalmente ha asumido una posición hegemónica en este campo, debe continuar presente, pero resulta imprescindible fortalecer su vinculación con otros sectores de la vida nacional, en particular, educación, seguridad social, vivienda, trabajo, economía, recreación y deporte.
- ◊ La información demográfica disponible permite confirmar que la población de América Latina presenta una marcada tendencia al envejecimiento que se estima será mucho más pronunciada en las próximas décadas. La consideración demográfica no debe circunscribirse a la variable edad, sino también tomar en cuenta aspectos sociales, económicos, de salud y geográficos.
- ◊ En América Latina existe una presencia política muy débil —si es que existe—, de planes y políticas coherentes en favor de los ancianos, tanto por parte de las instituciones como de los grupos que los representan, por lo que es necesario abrir a corto plazo un espacio político que permita otorgar una identidad definida a este grupo social, así como obtener los recursos necesarios para alcanzar un desarrollo armónico que permita satisfacer sus urgentes demandas.
- ◊ Las políticas públicas en pro de los ancianos deben considerar el concepto de transición demográfica, para acompañar adecuadamente los cambios en el proceso de envejecimiento. Asimismo, debe diferenciarse la situación de los ancianos desde el punto de vista funcional, teniendo en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad, postración y estado terminal.
- ◊ Mejorar cuantitativa y cualitativamente la información relevante al tema del proceso de envejecimiento, asegurar su disseminación adecuada y oportuna, y estimular su análisis y su utilización en la toma de decisiones.
- ◊ La participación de varios sectores que actúen sinérgicamente hacia el logro del bienestar de los ancianos es indispensable. Esto debe realizarse de acuerdo con el momento histórico y la etapa de evolución de la sociedad a la que los viejos

pertenecen, así como utilizar la modalidad multi e interdisciplinaria que facilite abordar las diferentes facetas de los ancianos y, por ende, la identificación de soluciones apropiadas.

- ◊ Es preciso que las políticas y los programas que se diseñen para los ancianos hagan hincapié en la inserción de los mismos en la comunidad. En la programación de actividades es crucial considerar la permanencia de los ancianos en su medio y se debe favorecer y promover la organización de los ancianos para facilitar su protagonismo en la programación de los beneficios que les conciernen.
- ◊ Se reconoce que el mantenimiento del vínculo de los ancianos con sus familias es uno de los componentes esenciales en el alcance de su bienestar
- ◊ La revalorización de los ancianos y su expresión apropiada en la dinámica social requieren una programación eficiente y el establecimiento de mecanismos que faciliten el intercambio ágil de políticas, planes y programas de los diferentes países, para lo cual es indispensable la cooperación internacional de organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.
- ◊ Es importante lograr que los cambios de los perfiles epidemiológicos producidos como consecuencia del envejecimiento de la población se reflejen en las políticas de salud de los países y en las prácticas de sus servicios, así como en los contenidos de los programas de estudios.

Para que los programas logaran un impacto social adecuado las actividades sugeridas fueron:

- ◊ "El papel de la comunicación social a través de los medios masivos.
- ◊ La instauración y organización de movimientos nacionales e internacionales dirigidos a fortalecer a los ancianos y sus demandas.
- ◊ La movilización efectiva de recursos nacionales e internacionales de diversa índole.
- ◊ La búsqueda de modalidades de servicios innovadores con respecto a las tradicionales tipologías de atención cerrada, tan perjudiciales para el envejecimiento exitoso".

Se estableció la necesidad de incorporar estos principios en la formulación de políticas públicas en relación con los ancianos, así como la inherente transformación de los sistemas de servicios de salud y sociales de instituciones públicas y privadas y de otros grupos de la sociedad. Se requiere el cambio de actitud en unos y en otros para la mejor comprensión del proceso de envejecimiento como parte normal del ciclo vital; en este cambio de actitud se

incluye también a los propios ancianos cuya participación, individual y a través de sus grupos representativos, es crucial.

Para la operacionalización de estos nuevos enfoques se proponen las siguientes estrategias

- ◊ "Promoción de la salud en su nuevo concepto, que le otorga marcado relieve a la intersectorialidad y a la autodeterminación de los individuos con respecto a su salud (autocuidado).
- ◊ Movilización intra e intersectorial en función de áreas y objetivos comunes que tiendan al bienestar de los ancianos.
- ◊ Reformulación de los sistemas de salud y seguridad social, con especial consideración a los procesos de descentralización, reorganización de la administración pública y reorientación de los servicios en función de los nuevos patrones de demanda".

El impacto apropiado de las políticas en relacionadas con los ancianos, debe garantizarse a partir de la planificación de los programas correspondientes que incluye la provisión de los recursos y la ejecución y la evaluación de los planes y acciones diseñados. En este proceso de planificación estratégica se propone asegurar una adecuada y oportuna consideración de las siguientes acciones:

- ◊ "Realizar un diagnóstico exhaustivo de la situación
- ◊ Privilegiar el enfoque preventivo y de promoción de la salud, diseñando planes de acción que involucren a grupos más jóvenes de la población.
- ◊ Garantizar la participación de los propios beneficiarios en la definición de las prioridades y los contenidos de los planes de acción a fin de asegurar la presencia de las necesidades verdaderas de la población objetivo.
- ◊ Promover y capacitar el voluntariado social y la autoestima de los ancianos, así como el sentido de equidad en su atención integral.
- ◊ Promover el enfoque local, pero al mismo tiempo, definir perfiles de riesgo —somático, mental y social— a fin de facilitar la priorización de la asignación de recursos y los planes de trabajo".

Otros aspectos mencionados que favorecerían el enfoque integral de atención a los ancianos fueron: en el aspecto docente, la incorporación en los contenidos curriculares desde el nivel preescolar, de conceptos y prácticas sobre el envejecimiento; en investigación, la realización de estudios acerca de aspectos docentes en gerontología, de servicios sociales y

de salud y de redes sociales informales (Organización Panamericana de La Salud, Centro Latinoamericano de Demografía, Centro Internacional del Envejecimiento: 1992).

4.3 Marco jurídico y políticas de atención en México

Las bases jurídicas que sustentan la atención de la salud en nuestro país se plasman en el artículo 4° de la Constitución Política Mexicana, el cual tiene como principios fundamentales: la justicia social y la equidad; el acceso equitativo a los servicios de salud como derecho inalienable de todos los ciudadanos (mandato constitucional vigente desde el 3 de febrero de 1983). Su alcance debe entenderse como requisito indispensable para la construcción de una sociedad más justa, y la obligación del estado, de ofrecer servicios médicos a toda la población, regular los servicios que ofrecen otros sectores de la sociedad y procurar una mejor atención hacia quienes resultan más vulnerables y están más desprotegidos, elementos básicos que retoma el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud para su acción (Secretaría de Salud: 1994 (c)).

El Plan Nacional de Desarrollo menciona que los avances de los últimos años en materia de salud y bienestar social que han permitido extender la expectativa de vida en la población, no han ido acompañados en muchas ocasiones por la creación de condiciones económicas y sociales propicias para una vida larga. Por ello las acciones en materia de desarrollo social deben considerar como uno de sus objetivos que la población anciana tenga una vida digna y tranquila, con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda. La atención de este grupo involucra a la sociedad en su conjunto, y debe orientarse al funcionamiento de una seguridad social justa, que le permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar. Por ello debe fomentarse la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación, y el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias. Asimismo se debe facilitar el bajo costo de bienes básicos de consumo y de servicios urbanos así como el acceso preferencial a éstos, y brindar apoyo a las instituciones públicas y privadas que les proporcionan ayuda asistencial (Poder Ejecutivo Federal: 1995).

El Programa de Reforma del Sector Salud, plantea las estrategias para el logro de lo anterior. Se sugiere: priorizar las acciones de prevención sobre las de curación, establecer una serie de servicios esenciales para la población y procurar mejorar la calidad de los servicios otorgados. La política asistencial contenida en este programa refiere dentro de las estrategias más importantes: flexibilidad para ajustar acciones y medios a las condiciones ambientales y contextuales de los grupos, integración de los esfuerzos de la sociedad civil y del gobierno, vocalización para llegar con mayor eficacia a grupos prioritarios y alcanzar la integralidad, entendida ésta como "la orientación y continuidad de las diversas acciones". Lo anterior llevado a cabo a partir de dos vertientes: "la asistencia compensatoria y de protección a los individuos y familias en condiciones de vulnerabilidad y extrema pobreza", y la de "asistencia para la promoción y el desarrollo humano, a través de la formación y la capacitación, en conjunto con la protección y el fortalecimiento de los derechos de los menores, discapacitados, mujeres, jóvenes y ancianos" (Secretaría de Salud: 1995, p. 19).

La Secretaría de Salud, como órgano rector de las políticas nacionales de salud, brinda especial atención a las funciones prioritarias de prevención y control de las enfermedades. La organización de dichas funciones obedece a los criterios de prioridad, objetivos y población beneficiada, entre otros. Como resultado de ello, se establecieron diez programas sustantivos, de los cuales uno corresponde al Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Anciano, el cual limita su acción a la prevención de enfermedades crónico degenerativas, situación que preocupa debido a que se ha establecido una problemática en la ancianidad, cuya complejidad va más allá de la atención de dichas enfermedades y al espíritu del marco jurídico y de las políticas establecidas.

5 Modelos de atención de los ancianos

5.1 En el mundo

Se ha mencionado que el envejecimiento se detecto por primera vez como problema en países desarrollados de Europa y de Norteamérica, por lo cual la atención a la salud en la población anciana se encuentra más organizada y avanzada en ellos.

A continuación se describen los modelos de atención que se han desarrollado en algunos países, con la finalidad de encontrar alternativas para este país. El desarrollo de cada país comparado con el nuestro puede ser una limitante para su aplicación, sin embargo la referencia es útil.

5.1.1 Israel

En Israel, el hecho del crecimiento de la población de más de 65 años se ha incrementado en los últimos años. En el momento de la creación del Estado en 1948, sólo un 3.8% pertenecía a este grupo. En 1982 el porcentaje de personas de más de 65 años era de 9.2% y de acuerdo con las proyecciones era de suponer que se llegaría en corto plazo a un 10%.

Este acontecimiento ha creado una nueva problemática médico-social que demanda una solución por parte de la sociedad:

De la definición de geriatría se desprende que el equipo básico destinado a actuar en este campo, está integrado por el médico y la enfermera para atender los aspectos curativos y preventivos; el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional para el aspecto rehabilitatorio, y los trabajadores sociales para el aspecto social.

En Israel este equipo interdisciplinario actúa en la comunidad por intermedio de clínicas de:

1) *Kupat Jolim* (dispensarios ambulatorios) donde el médico de familia y enfermeras tienen a su cargo la atención en un área determinada.

2) El hospital, que pertenece a la misma institución, *Kupat Jolim* (institución de seguro de salud de la Confederación de trabajadores) y es un hospital general universitario que sirve a toda la zona de Neguev (300,000 habitantes). El hospital tiene una unidad geriátrica que atiende no sólo a las necesidades del hospital, sino que actúa en contacto con todos los servicios geriátricos en la comunidad. Provee atención médica y social.

Para este objeto cuenta con: a) departamento de hospitalización para atención geriátrica aguda y rehabilitación; b) hospital diurno, con un programa de atención domiciliaria.

Los criterios de admisión a esta institución son la edad en relación con el género: las mujeres a partir de 60 años y los hombres de los 65 en adelante; y la necesidad de atención médica y social, tratamiento médico agudo relacionado con la múltiple patología del anciano, o rehabilitación para retenerlo a la comunidad con el máximo de independencia funcional.

El servicio geriátrico cuenta además con una clínica de consulta ambulatoria, a la que los pacientes son enviados por el médico de familia. Este tipo de consulta tiene por objeto examinar forma exhaustiva a los pacientes viejos, que de otra forma sufren de negligencia médica y social, y por otra parte permite valorar el medio ambiente del paciente que tanta importancia tiene en geriatría.

Durante el período de hospitalización, y al mismo tiempo que se efectúa la investigación médica y de rehabilitación adecuada la trabajadora social, realiza una investigación con el objeto de conocer y tratar de proveer las necesidades sociales del paciente. En algunos casos, una delegación de expertos en geriatría, el médico de familia y la enfermera comunitaria, efectúan una evaluación domiciliaria, con el objeto de llevar a cabo en el domicilio cambios que permitan una mayor movilidad e independencia funcional del paciente. En el caso de modificaciones, el servicio social se hace cargo de los gastos ocasionados.

3) El hospital diurno es un servicio creado en 1956 por Cossin en Oxford cuyo objeto es acortar el tiempo de hospitalización de los enfermos y permitirles al mismo tiempo que reciban tratamiento, seguir en contacto con sus familias. Por ello son transportados periódicamente por la mañana, y permanecen en el servicio hasta medio día o primeras horas de la tarde.

Durante este lapso, se realizan la mayoría de los tratamientos necesarios, principalmente de tipo rehabilitatorio, ya que los principales problemas a tratar son accidentes cardiovasculares y estado posterior a fractura de cabeza de fémur. Este tipo de servicio necesita básicamente, una enfermera encargada, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y una trabajadora social; medio ambiente adecuado y un médico empleado por dos horas diarias, así como una ambulancia con chofer y ayudantes para transporte de enfermos impedidos.

4) Servicio domiciliario (*home care*). Como consecuencia del cambio en el carácter de las enfermedades, donde la cronicidad toma una tremenda importancia en enfermedades que años atrás no pasaban al aspecto agudo, (diabetes, cáncer, accidente cerebrovasculares, infartos cardíacos, etcétera) y con el impacto social y médico de las mismas, se hace necesario desarrollar servicios médicos ambulatorios con base hospitalaria que permitan hacer frente a este nuevo problema.

5) Hogar de ancianos. Dentro de los servicios comunitarios, el hogar de ancianos debe ser la alternativa que resta cuando los servicios comunitarios no pueden afrontar un problema médico social determinado. Esta premisa está basada en el hecho de que en tales instituciones el anciano tiende a deteriorarse, con el consiguiente aumento de mortalidad, sobre todo en los primeros meses de estadía. Esta premisa debe ser suficientemente

sugestiva como para considerar estos servicios para casos relativamente severos y sin posibilidad de ser atendidos en el medio comunitario con todos los servicios ya enunciados.

Estas instituciones deben ser destinadas a ancianos funcionalmente independientes, y por supuesto para severos casos. El personal debe ser el ya enunciado, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y trabajadora social.

Evaluación del paciente geriátrico

Teniendo en cuenta que el anciano es la suma de un complejo de patología socio-médica, la evaluación integral del paciente debe hacerse de manera individual y considerando los siguientes factores:

Evaluación del Paciente Anciano:		
Evaluación social	◊	Vivienda
	◊	Situación económica
	◊	Alimentación
	◊	Situación familiar
Evaluación médica	◊	Orientación
	◊	Memoria
	◊	Estado anímico
	◊	Capacidad de juicio
Evaluación mental	◊	Enfermedades del pasado
	◊	Medicamentos
Evaluación física	◊	Caídas, accidentes
	◊	Anamnesis dirigida a cada sistema.
	◊	Examen de problemas específicos: (visión, audición, boca, marcha, pie, diabetes, hipertensión, etc.)
Evaluación funcional	◊	Independiente o dependiente

FUENTE: Galinzy, D. "Geriatría comunitaria". En su: Szpiman, L. Comp. Medicina familiar y salud comunitaria en Israel. Centro de estudios cooperativos y laborales, 1982, p. 19.

El criterio de examen debe de estar basado en la evaluación social, médica y funcional del enfermo, tal como se determinó. Especial atención deben merecer dentro del grupo de ancianos de la comunidad, los pertenecientes al grupo conocido como de alto riesgo, es decir los que viven solos, los viudos desde hace poco tiempo, los enfermos

recientemente liberados del hospital y los ancianos con deterioro mental o impedimento locomotor. Este grupo deber ser especialmente controlado por la enfermera geriátrica comunitaria.

De esta forma interdisciplinaria, se lleva a cabo un trabajo donde los servicios actúan en cadena, cada uno en su momento adecuado, demostrando de esta forma que para el geriatra el tratamiento no finaliza cuando el paciente abandona el hospital sino cuando está acomodado en la comunidad o en una institución. Por la misma razón, se puede concluir que en gerontología, la comunidad es el elemento básico (Galinzky, D.: 1982).

5.1.2 Escocia

En Escocia existen varias creencias sobre la ancianidad, que modulan la forma de su atención.

Las creencias básicas sobre los ancianos son:

1. Los viejos son felices y saludables en sus casas.
2. Los viejos son enfermos por enfermedad no por edad avanzada.
3. Los síntomas de los ancianos se atribuyen la edad avanzada y no a la enfermedad.
4. Existen cambios fisiológicos a medida que se envejece.
5. La gente anciana cursa con patología compleja.
6. Las enfermedades se presentan de múltiples maneras en forma insidiosa y atípica
7. Para atender a los viejos se requiere de una planeación coordinada

En este país la gente vieja quiere estar en su casa, no quiere internarse. Para determinar si se quedan en su casa, se recomienda que los viejos se sometan a un examen amplio a que incluye los aspectos mentales.

Los principales cambios que se dan principalmente en los viejos son: el dolor más difícil de calmar, la trombosis "silenciosa", las fracturas del fémur que en ocasiones no se perciben, los cuadros abdominales, los mecanismos posturales defectuosos por lo que las caídas son frecuentes, la alteración de los mecanismos de la regulación de la temperatura por lo que en muchas ocasiones no se dan cuenta que la temperatura del ambiente no es adecuada.

Uno de los factores que se considera esencial para mejorar la salud mental y la expectativa de su vida en los años por venir, es la educación que tienen los ancianos, pues ésta les permite entender las facilidades de las cuales pueden disponer para mejorar sus condiciones. por lo que es necesario, que la población anciana cuente con ella. En este grupo el número de profesionales ha aumentado.

La educación para la salud en los ancianos también se ve favorecida con la presencia de éste factor. La calidad de vida de los viejos puede mejorarse con

adiestramiento. En Escocia desde 1959, se hacen cursos de un día por semana durante seis semanas, a los que asisten personas que están trabajando cuando les falta dos años para el retiro. Se les calcula que la gente que se retira puede vivir 20 años más y que los pueden vivir con calidad.

Desde 1959 se han adiestrado 11 mil hombres y 400 mujeres, estos cursos se dan en las propias comunidades. También en las escuelas se han instrumentado pasatiempos y centros de artesanía para la gente anciana.

Diversas personas reciben instrucción para hacer frente a las dificultades e incapacidades que experimenta la gente vieja. Las profesiones y oficios en las cuales se imparte esta instrucción son: medicina, enfermería, trabajo social, arquitectura, trabajo doméstico, vigilancias de asilos, asistencia de casas para ancianos, servicios comunitarios y jefes de transporte, entre otras.

El desarrollo de la geriatría en las universidades es una estrategia que se ha instrumentado para influir en las políticas en el ámbito de la comunidad y los servicios de salud.

En Escocia, el médico general es el que tiene la principal responsabilidad, apoyado por médicos adiestrados en geriatría. Existen consultores para la atención especializada. El servicio domiciliario se proporciona por un equipo de salud; éste lo integran: el médico familiar, una enfermera, visitadores y trabajadoras sociales. A través de los servicios de trabajo social se proporcionan voluntarios auxiliares para participar en la comunidad. Por otro lado, se ofrecen servicios de lavandería para ancianos incontinentes, admisión permanente a casas para ancianos, lo cual es arreglado por la trabajadora social.

El médico general, además de la atención preventiva y curativa, proporciona fisioterapia y terapia ocupacional. La enfermera visita a los que tienen más de setenta años y llena un formato individual.

Un plan que se desarrollará a futuro comprende servicios domiciliarios, que proporcionará trabajadores de la salud, trabajadores sociales y voluntarios. Un avance de éstos son las visitas realizadas por enfermeras, la ayuda doméstica y el servicio de lavandería prestado a los incontinentes. También se proporciona a los inhabilitados comidas y sillas de ruedas.

Estos planes están empezando en Canadá. Sus reportes recomiendan exámenes periódicos de salud para los ancianos, los cuales constituyen registros normales para los médicos familiares que podrán definir quién debe beneficiarse. Esta evaluación se realiza cada dos años. De manera selectiva, se presta mayor atención a los ancianos mayores de 75 años. Todo ello tiene la finalidad de no convertir a los ancianos en pacientes.

El viejo enfermo se encuentra en casas para ancianos, en donde se le atiende con dedicación. Resulta muy útil que el médico conozca a los viejos, para realizar una adecuada evaluación, la cual es más que un diagnóstico. Ésta le permite conocer las condiciones en

que el anciano vive en su casa, y determinar la conveniencia de que regrese no a ella. Para ello, necesita evaluar también su grado de independencia o dependencia, para valorar qué cosa puede hacer por sí mismo. Esta evaluación es fundamental para lograr un aprovechamiento adecuado para las camas de un hospital.

En cuanto al diagnóstico clínico, es necesario hacer una lista de achaques y proponer un tratamiento adecuado, y hacer un seguimiento. Generalmente el anciano no sigue el tratamiento farmacológico, por lo que el médico deberá valorar si deja esta responsabilidad a enfermera.

Todo anciano dado de alta debe ser supervisado en la comunidad por una enfermera, para asegurar su recuperación. La enfermera es un eslabón muy importante entre el hospital, el médico y la comunidad.

Los servicios específicos deben estar acordes con esta población, y la admisión de los ancianos debe estar basada en la urgencia, en competencia contra persona vieja y no en competencia contra los jóvenes.

Los mayores de 70 años frecuentemente presentan caídas, incontinencia, confusión y disminución de la morbilidad. En general, estos pacientes tienen dificultad para ser aceptados por hospitales generales, pues los síntomas son vagos los diagnósticos múltiples son comunes; tampoco les admite una casa de ancianos hasta que han sido visitados por el médico en su propio hogar.

Los pacientes admitidos son de edades cada vez mayores, aproximadamente 50% son mujeres de 80 y más años. Los hospitales en donde se internan tienen entre 48 y 60 camas.

Por otro lado, existen unidades de evaluación que son apoyadas por hospitales que pueden contener hasta 120 camas censables. Además, se cuenta con unidades de diagnóstico, de atención de padecimientos agudos y con camas para tratamientos.

Prevía valoración los viejos enfermos pueden ser enviados a sus propias casas. El término de cama de tratamiento continuo o de convalecientes es muy usado para acomodar ancianos en estos hospitales. Sin embargo, los enfermos que no van a mejorar se retienen en estas camas hasta que mueren.

Los pacientes no llegan directo a geriatría sino previa evaluación, y el hospital proporciona un ambiente parecido al de su casa, con un programa que contiene ejercicios de fisioterapia, terapia ocupacional, etcétera, de acuerdo a sus necesidades. El mismo médico es el que debe seguirlo atendiendo. Los hospitales anexos a unidades de valoración geriátrica recomiendan que se tengan dos lugares por cada 1000 ancianos mayores de 65 años y 4 por 1000 mayores de 75 años que viven en una población.

Se propone que se diseñen lugares pequeños de 20 camas diseñados para prevención de accidentes y con sistemas de intercomunicación entre ellos. Se recomienda 50

unidades de este tipo para 1000 individuos de 65 años y más; ya que estas personas necesitan ayuda para caminar y, ocasionalmente servicios para su incontinencia y falta de memoria para tomarse los medicamentos. También deben desarrollarse casas para los incapaces mentales.

Los parientes deben involucrarse en cursos de adiestramiento para tratar los ancianos, los cuales se imparten en días de asueto, y son particularmente importantes para asistir a enfermos con discapacidad. Es necesario hacer seguimiento a los ancianos para evitar el progreso desfavorable.

Además de todo lo anterior, se recomienda agregar siempre el afecto (Sir William Anderson, OBE, MD, FRCP. : 1986).

5.1.3 Italia

Existen diversas maneras en que los ancianos son atendidos en Italia, la diversidad responde a las necesidades de atención que requiere cada anciano.

Los tipos de atención que ofrecen en casas de reposo, hospitales y de manera abierta en centros diurnos y en su domicilio.

A la población anciana sana se le brinda atención en su domicilio o en los centros diurnos y en las casas de reposo, la atención hospitalaria se reserva exclusivamente para los enfermos.

En cuanto a los recursos, en este país una parte importante de ellos se proporciona para la atención hospitalaria, sin embargo en la distribución de los recursos, la atención preventiva y curativa de problemas de salud simples es favorecida para que ésta se ofrezca a los ancianos sanos.

Casas de reposo o estancias

También en este país, esta población era abandonada en lugares como los antiguos gerocomios y hospicios que desafortunadamente aun existen en algunos países.

Actualmente las casas de reposo en este país tienen un nuevo concepto y se les considera casas de permanencia prolongada, ya que en ellas los ancianos pueden permanecer por periodos y posteriormente regresar a sus domicilios, lo que evita la sensación de abandono y desarraigo familiar.

Residencias

Las residencias son para los ancianos autosuficientes. La atención en estos lugares tiene notables ventajas respecto a la asistencia institucional ya que son casas equipadas con asistencia adecuada a todos los niveles.

Estos lugares se encuentran en: a) edificios construidos para la población joven reservando algunos espacios para los ancianos lo que les permite integrarse con el resto de la comunidad; b) en edificios con servicios colectivos reservados para ancianos en diferentes colonias, y c) en áreas residenciales para ancianos que cuentan con servicios comunes (cocina, lavandería, servicios domésticos, etcétera). Además cuentan con asistencia médica, social, de enfermería y doméstica.

Asistencia hospitalaria

Existen hospitales geriátricos que cuentan con divisiones geriátricas, como de medicina interna y de otras especialidades. En un conjunto hospitalario se reúnen varios departamentos geriátricos, inclusive los de hospitalización prolongada y de enfermos crónicos, esto favorece por un lado un enfoque unitario en la asistencia ya que se facilita por ejemplo el traslado del departamento de hospitalización prolongada al de agudos por recaídas o viceversa, además de que económicamente la administración con laboratorios y servicios comunes optimizan los recursos.

En general la organización de la asistencia hospitalaria esta dividida en dos secciones: para ancianos con enfermedades agudas, ó de hospitalización prolongada y para aquellos que cursan con afecciones crónicas.

En la primera sección los pacientes se atienden para lograr su recuperación sin embargo esto no siempre se logra y en consecuencia se requiere de un período posterior de hospitalización en que es necesario intensificar las medidas de rehabilitación y prevenir la cronicidad. En el internamiento prolongado se encuentran los pacientes con probabilidades de recuperarse aunque en muchos casos, una vez terminada la hospitalización prolongada no se alcanza un grado de autosuficiencia adecuado que permita integrar al anciano a su ambiente familiar por lo que pasan a la sección de ancianos con problemas de salud crónicos en donde se encuentran los viejos sin autosuficiencia y sin posibilidades de recuperación ulterior.

En estos lugares se tiene planeado establecer salas de cuidados intensivos geriátricos donde el paciente sea vigilado continuamente por personal médico especializado, en un ambiente aislado de ruidos e infecciones y con monitoreo de presión, pulso, respiración, temperatura y electrocardiograma.

Asistencia abierta: domiciliaria y en centros y hospitales diurnos

La atención abierta se considera la forma más moderna y actual de asistencia a los ancianos, comprende la domiciliaria y la intermedia, en forma de centros y hospitales diurnos.

La asistencia institucionalizada es más cara y menos agradable, por lo que la abierta se ha difundido en muchos países ya que permite que los ancianos permanezcan en su ambiente familiar recibiendo toda la asistencia necesaria, aspecto que favorece además del económico, el ámbito psicosocial que en el anciano se daña importantemente.

La asistencia domiciliar comprende servicios médicos y de enfermería que favorecen oportunidad del diagnóstico y del establecimiento de las medidas terapéuticas así como también la rehabilitación. También esta cuenta con asistencia socioeconómica y psicológica, además de ayuda para trabajos domésticos, compras y trámites personales o asegurar la presencia de alguien en casa cuando los demás estén ausentes.

Los centros y hospitales diurnos ayudan a los familiares en la necesidad de atender al anciano durante el día, en estos reciben toda la atención necesaria incluyendo la médica. Ahí pueden realizar diversas actividades o recibir terapia ocupacional y asistencia psicosocial y por la tarde regresan a su hogar.

En el caso de que los ancianos no puedan llegar solos o con sus familiares a estos centros, existe la posibilidad de trasladarlos en vehículos especiales (De Nicola, Pietro: 1985).

5.1.4 Estados Unidos

Uno de los problemas más importantes en los ancianos es el deterioro económico que sufren, situación que en cuanto a la atención médica se refiere, el problema se potencializa; debido a que el costo de la atención aumenta considerablemente con relación a lo que requiere un individuo joven. En un estudio realizado por la Health Information Foundation se muestra que los costos del cuidado médico personal para individuos de 65 años de edad o más, resulta apreciablemente más alto que el de personas menores.

En algunas partes de Estados Unidos de Norteamérica, existen planes de atención médica cooperativa para ancianos, los cuales se pagan por adelantado. El informe preparado por Van Goor a favor de la Cooperativa Health Federation of America, demuestra que estos planes cooperativos de salud proporcionan cuidados médicos a los ancianos en mayor o menor grado. Los miembros reciben cualquiera que sea su edad, cuidado clínico integral (preventivo y curativo) de excelente calidad por medio de un sistema cooperativo pagado por adelantado. Sólo dos de los sistemas analizados no aceptan personas mayores de 65 años como miembros individuales. Uno acepta individuos de más de 60 años como miembros individuales pero con menos beneficios.

Existen diversos autores en este país que han estudiado la problemática de la atención de los ancianos, y es a partir de sus estudios como se han ido estableciendo las diferentes modalidades de asistencia.

Atención en los domicilios

Exton-Smith en un estudio que realizó, llegó a la conclusión de que los ancianos enfermos pueden y deben ser cuidados dentro de sus hogares hasta donde sea posible, proporcionándoles los servicios y las facilidades que tendrían en un hospital y que en caso de que el anciano requiriera atención hospitalaria esta debería ser pasajera, ya que en el hogar es donde el anciano enfermo halla sus intereses y conserva su lugar dentro de la familia, en cambio cuando es segregado e ingresa a un hospital por una prolongada estancia, sus facultades van declinando paulatinamente por depresión agregada a la inmunodeficiencia.

Atención intermedia

La asistencia intermedia (*halfway hospital*) en Estados Unidos, es otra forma de atención la cual se encuentra entre la que se da en el hospital y en el domicilio. En ella el anciano recupera gradualmente los hábitos domésticos bajo el control médico y de la trabajadora social, después de haber estado internado en un asilo.

Otra modalidad es la hospitalización por sólo cinco días a la semana, (*five-days hospital*), de manera que ingresa el lunes en la mañana y regresa el viernes en la tarde a su hogar para estar el fin de semana con la familia.

Estas dos formas de asistencia, han dado resultados muy alentadores y pueden lograrse con medios relativamente sencillos y notables ventajas económicas y psicológicas.

Hogares de recuperación

Los hogares de recuperación son otro tipo de servicios para esta población, de acuerdo con el doctor Cronin del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, han sido aceptados como uno de los elementos esenciales en la gama de servicios médicos de una comunidad. El hogar de recuperación es un servicio intermedio entre el hospital y el hogar, que presta cuidados de enfermería bajo la supervisión o vigilancia de un médico, por otro lado pretende suministrar, de manera temporalmente o por un tiempo prolongado, un sustituto de hogar para los pacientes bajo su cuidado.

En el reglamento de servicio de salud pública de los Estados Unidos esta forma de asistencia se encuentra integrada y se le denomina "*Nursing home*" y se le establece como un servicio que funciona en conexión con un hospital, o en el que los cuidados de enfermería y los servicios médicos son ordenados o realizados bajo la dirección de personas legalmente autorizadas para ejercer medicina o cirugía y que atiende a convalecientes u otras personas que no padecen una enfermedad aguda y que no requiere de internarse en un hospital, pero que necesitan de estos cuidados. Este tipo de atención puede considerarse como un servicio para la comunidad, y el término "*nursing home*" debe conservarse para aquellos servicios cuyo propósito es el impartir cuidados de enfermería y atención médica por un período no menor de 24 horas consecutivas.

El que las casas de recuperación estén normatizadas favorece que en la obtención de fondos federales para fines de construcción, dichos fondos sean concedidos para su edificación.

Residencias

Con el objeto de atender las necesidades propias de los ancianos, ha surgido en los Estados Unidos otro tipo de servicios de protección que, en forma descriptiva, se ha designado como "hogar", aunque muchos le llaman "hogar para ancianos", "hogar para veteranos", "hogar para personas viejas", "hogar fraterno", entre otros, Rusk, buscando un

término connotativo, sugirió la designación de "residencias" las cuales en un principio se desarrollaron para los veteranos de guerra.

Organización Hospitalaria

En cuanto a la organización de los hospitales para la atención de esta población, Mckeown y Lowe llegan a la conclusión de que deben contar servicios de geriatría dentro del hospital general, con un anexo para estancias prolongadas, vigilado por el hospital, de preferencia dentro de sus propios terrenos, y afirman que el paciente susceptible de ser hospitalizado en servicios de geriatría tiene los mismos derechos que los solicitantes más jóvenes y la misma necesidad de obtener las facilidades que ofrece un hospital general. Por otro lado en los hospitales e instituciones de carácter social en algunos lugares de este país proporcionan al anciano ciertos servicios, como, enfermeras visitadoras y trabajadoras domésticas.

Cuando el médico en ejercicio se enfrenta al problema de buscar hospitalización para un paciente geriátrico, debe aprovechar al máximo las facilidades que se le ofrecen dentro de la institución. Si el paciente requiere de atención especializada a causa de una enfermedad aguda, echará mano del mejor hospital del que pueda disponer. La facilidad para internar a un paciente depende, como regla general, de la urgencia del caso. El desarrollo de buenas guías de comunicación ha hecho que casi todos los buenos hospitales sean prácticamente accesibles; esto es especialmente importante en las áreas rurales que se hallan en la cercanía de hospitales universitarios u otra clase de instituciones médicas.

Cualquiera que sea el caso, debe investigarse la situación del enfermo en relación con sus posibilidades de disponer de algún servicio hospitalario, sea por su calidad de veterano de guerra, empleado industrial o miembro de una organización de beneficencia.

Todo médico en ejercicio deberá familiarizarse con las facilidades disponibles dentro de su comunidad. Se deben preferir aquellos hospitales que cuenten con servicios especiales para la atención de los ancianos.

Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de una estancia hospitalaria prolongada y la eventualidad de necesitar servicios de rehabilitación. Así como el problema de cuándo deben ser enviados los ancianos a hogares de recuperación, y cuándo deben ser retirados de ellos para reintegrarlos a sus hogares.

En este país como en otros existe el grave problema de que la hospitalización se encuentra, casi por completo en manos de los administradores de los hospitales, quienes suelen tener equivocada impresión de que, en bien de los pacientes con enfermedades agudas o cuyas condiciones clínicas son urgentes, debe restringirse la admisión de pacientes ancianos que irán a sobrecargar las necesidades del personal dentro de un hospital.

No obstante, existe desde hace más de un cuarto de siglo un plan susceptible de ser aplicado: aquel que reclama una integración funcional y hasta donde sea posible, una

integración administrativa realista de los pacientes agudos y crónicos, dentro de un plan de atención constante en los hospitales generales (Crowdry: 1962).

5.2 En México

Con respecto a las acciones gubernamentales, los propósitos generales de la política de salud en México apuntan a lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, mejorar el nivel de salud de la población, contribuir a un crecimiento demográfico equilibrado, promover la protección de la población de escasos recursos, consolidar un sistema nacional de salud, avanzar en la descentralización de los sistemas de salud, sumar los esfuerzos de todos los sectores que participan en la salud, promover mecanismos de ampliación de la cobertura, vigorizar el nivel primario de atención, impulsar la investigación y la formación de recursos humanos, rehabilitar y modernizar la infraestructura, y realizar una redistribución de los recursos financieros.

La gran mayoría de las instituciones gubernamentales han optado por dar atención al anciano sano, el cual requiere básicamente asistencia social y es independiente funcionalmente. En el caso de las instituciones de asistencia privada, algunas atienden al anciano incapacitado pero en la mayoría lo rechaza por carecer de los recursos necesarios para su atención. Las instituciones que han surgido recientemente en el sector privado con fines lucrativos, suelen ser menos selectivas en cuando al nivel de funcionalidad o la morbilidad existentes, pero son costosas, siguen siendo pocas y en su mayoría se desconoce la calidad de los servicios que prestan.

5.2.1 Atención médica

Como ya se mencionó en el capítulo de "La salud de la población anciana en México", en nuestro país, en el ámbito hospitalario, se sabe que hasta 30% de las camas de hospitalización del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) son ocupadas por mayores de 60 años, con un promedio de estancia que alcanza hasta 21 días. Además, en el ISSSTE de cada tres camas, una es ocupada por personas mayores de 60 años.

En la consulta externa, 21% de las consultas son dadas a mayores de 60 años en el INNSZ. Se reconoce que la atención de enfermería del anciano en el hospital requiere de un 20% más de horas/enfermera. Asimismo, es bien sabido que en el proceso de institucionalización (a corto o a largo plazo) aumenta en forma considerable la mortalidad del anciano.

Los servicios de geriatría con un enfoque global y de prevención funcional son aún muy raros. La atención del anciano en el hospital sigue siendo la convencional; éste recibe una atención que resulta inadecuada para cubrir las complejas necesidades asistenciales que tiene. Con frecuencia la atención se polariza: por un lado, se encuentran los partidarios de un abordaje tecnificado y agresivo, que provoca con frecuencia iatrogenia, y por otro, aquellos

que limitan al anciano el acceso a los servicios, rechazando muchas veces su ingreso por riesgo de ocupar mucho tiempo una cama o por presuponer un alto costo.

En el terreno operativo, es necesario evitar la desorganización debida a la falta de preparación específica del personal de los servicios de atención médica, ya que frecuentemente se margina a los ancianos negándoles la atención, haciéndoles formar largas filas que deben soportar de pie y citándoles a una hora y atendiéndolos mucho tiempo después, entre otros aspectos.

Una de las mayores necesidades de la población de 60 años y más, es la atención de su salud, que como sabemos debe ser a través de programas que reúnan características especiales para ser eficaces, eficientes y accesibles. Nuestro sistema de seguridad social cuenta con diversas instituciones, dentro de las cuales, la creación de programas para la población de 60 años y más es relativamente reciente y parcial. Por lo tanto los servicios que se ofrecen no son integrales sino fragmentados.

Las intervenciones de salud en relación con el envejecimiento tienen por objeto que los ancianos disfruten de funcionamiento óptimo y calidad de vida, y que se retrase la muerte cuanto sea posible; que: "a los años se les añada vida", fomentando el apoyo y la integración familiar y social del anciano, manteniendo y mejorando su capacidad funcional física y mental, procurando evitar la enfermedad y asegurando el cuidado de los enfermos.

En relación con las acciones de atención de la salud, cabe recalcar que la eficiente utilización de los recursos organizacionales, técnicos y físicos de los servicios de salud, requiere de una planeación integral que deben considerar al conjunto de la población y no solamente a determinados grupos. Los servicios de salud para la atención de los ancianos no pueden entonces estar separados del resto del sistema de salud. Sin embargo como ya se mencionó, son escasos los las instituciones que cuentan con un servicio de geriatría en donde se dé una atención multidisciplinaria global con la participación de un equipo.

5.2.2 Asistencia social

Un cierto número de ancianos enfermos y/o discapacitados requiere de una ayuda total para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana. En la actualidad, hay en el sector público contadas instituciones de cuidados a largo plazo que acogen a este segmento de la población o que dan apoyo a los familiares que acceden a mantenerlos en sus domicilios, con frecuencia a costa de enormes esfuerzos.

Las primeras instituciones que se encargaron de la atención de los ancianos en nuestro país, como en otras partes del mundo, fueron los asilos, a cargo en un principio de las órdenes religiosas que con fines caritativos se encargaban de los pobres, los desprotegidos socialmente y los discapacitados. Algunas de estas instituciones hasta la fecha carecen de un programa formal y básicamente su labor se reduce a lo custodial.

Con los años, conforme ha crecido la demanda, el número de instituciones de asistencia social ha ido creciendo, fundamentalmente los que funcionan bajo la Junta de

Asistencia Privada, y han proliferado las casas para ancianos organizadas por la iniciativa privada y con fines lucrativos.

Dentro de la primera, la mayoría son administradas por órdenes religiosas y por otros grupos particulares. Sólo una minoría depende directamente de instituciones gubernamentales.

Al ser reconocida por el gobierno la necesidad de prestar asistencia social a los viejos, ésta inicia con algunos programas por parte de la Secretaría de Salud, que a partir de 1982 quedó bajo la dirección del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En los últimos 17 años, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado en 1979, los programas de asistencia social del DIF dirigidos a personas de edad avanzada, y la participación de organismos no gubernamentales especializados en geriatría y gerontología, han hecho esfuerzos por convertirse en factores de cambio por medio del cuestionamiento y reforma de las estructuras actuales. Si bien el desarrollo de estas instituciones ha sido insuficiente, ha habido una tendencia hacia la mejoría de sus programas, con mayor capacitación y motivación en el personal.

En la mayor parte de los servicios de salud predomina el modelo médico por encima del modelo de abordaje de asistencia global; es decir, se abocan sólo a dar atención médica y dejan de lado el aspecto social, familiar, recreativo y cultural. No es raro observar, en esos casos, una medicalización excesiva, que puede fomentar la dependencia física, psicológica y social de anciano, además de una polifarmacología y una polifarmacodependencia.

Por eso se hace necesaria la creación de programas que sostengan y coordinen un amplio aspecto de alternativas asistenciales —socio sanitarias— ofrecidas al anciano, para poder asegurarle una mayor calidad de vida en los últimos años de su existencia.

En este ámbito, el INSEN y el DIF han iniciado algunos programas para favorecer lo anterior, no obstante éstos aun son insuficientes, tienen escasa cobertura y consideran poco los problemas de accesibilidad a los servicios que suele tener el anciano. A continuación se describen:

DIF "Programa de protección y asistencia a población en desamparo"

Objetivo

Proporcionar servicios de asistencia social a menores, indigentes y ancianos que se encuentren parcial o totalmente en estado de abandono o desamparo, con la finalidad de contribuir a su integración social y familiar.

Asistencia a ancianos (Casa Hogar)

Para personas mayores de 60 años cuya situación familiar o laboral los coloca parcial o totalmente en estado de abandono o rechazo familiar, maltrato, carencia de recursos económicos o estado de desamparo.

A través de este programa se otorgan:

- ◊ Albergue.
- ◊ Alimentación.
- ◊ Vestuario.
- ◊ Atención médica integral.
- ◊ Educación y recreación.
- ◊ Capacitación laboral.
- ◊ Subsidios temporales.

Cuenta con dos casas-hogar que están ubicadas en:

"Arturo Mundet". Av. Revolución # 1445
Col. Tlacopac, San Angel. Del Alvaro Obregón.
Tel. 548 21 29.

"Vicente García Torres". Av. Azcapotzalco # 59
Col. Tacuba Del. Azcapotzalco. Tel. 527 0670.

INSEN

El INSEN es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiene como objetivos: proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana.

Cuenta con programas económicos y sociales con los que se brinda atención en diferentes formas.

Existe el departamento de afiliación, donde las personas mayores de 60 años, disfrutan de los beneficios que les proporciona la tarjeta INSEN, ésta tiene dos propósitos: la identificación de la persona afiliada y aumentar el poder adquisitivo, obteniendo bienes y servicios de primera necesidad con importantes descuentos que otorgan comerciantes y prestadores de servicios con quienes el instituto haya celebrado convenios. Para obtener la tarjeta INSEN es necesario tener 60 años o más, presentar dos fotografías tamaño infantil recientes y un documento que acredite la edad del solicitante.

Los albergues, aparte de brindar al anciano techo, comida y vestido, tienen a su disposición un grupo de médicos, psicólogos y trabajadores sociales para atenderlos, además de ofrecerles actividades socio-culturales con las que se rompe el aislamiento e inactividad a que el anciano está expuesto, se alivian sus desajustes físicos y emocionales y se les reintegra a una vida comunitaria.

En las residencias diurnas los ancianos comparten con personas de su edad, compañía, intereses e inquietudes y cuentan con servicios de consulta externa y de comedor, así como técnicas de apoyo psicológico. Al término del día, los asistentes a las residencias diurnas se reintegran a su núcleo familiar.

El cuerpo de voluntarios es un grupo de personas que brinda asistencia a seres desvalidos o necesitados.

Dentro de los programas sociales, la Procuraduría de la Defensa del Anciano, atiende, asesora y orienta al anciano en sus derechos y obligaciones dentro del área jurídica. Se cuenta con abogados y trabajadores sociales que están capacitados para atender los problemas jurídicos y sociales que los ancianos puedan tener.

También se cuenta con capacitación y bolsa de trabajo, un organismo de introducción a la gerontología, un taller infantil de concientización, un centro cultural de la tercera edad donde se da oportunidad al anciano de continuar con el proceso educativo en áreas de interés para él, y clubes de la tercera edad en donde se reúnen y conviven personas de edad avanzada y en donde se proporcionan los servicios de: terapia ocupacional, actividades recreativas, cursos de alfabetización, apoyos con consulta dental y psicológica, eventos socioculturales y deportivos.

Pero con todo esto, la familia aún sigue siendo la institución más protectora y constructiva para el viejo. La civilización actual ejerce desgraciadamente una acción marginadora para él y su núcleo familiar. Una de las causas principales del momento son los estilos de vida tan cambiantes y además complejos que actúan destruyendo a este grupo familiar primario. No hay que olvidar que en la sociedad este núcleo viene a ser el soporte emocional, social y psicológico, pero para las necesidades del individuo, no necesariamente es la familia quien las satisface. (Gutiérrez Robledo y Martínez Arronte: 1993).

Asimismo las políticas de salud y asistencia que van dirigidas a esta población, deben incluir claros objetivos en materia de atención de las necesidades básicas, y orientarse a mantener la integración en la sociedad de los individuos que envejecen. Esto implica que esas políticas deben estar estrechamente interrelacionadas con la extensión y el desarrollo de los programas básicos de la seguridad social.

6 Estudio de un caso

6.1 Marco teórico

Los elementos a considerar en el marco teórico son los siguientes:

- ◊ El concepto de humanismo en general y en particular para la atención del anciano el de gerontología y geriatría.
- ◊ Los conceptos de envejecimiento usual, y envejecimiento exitoso.
- ◊ Los conceptos de transición demográfica y epidemiológica que fundamentan la necesidad de nuevos modelos de atención.
- ◊ La aplicación de la epidemiología y la administración para la planificación de un modelo de atención que cumpla las necesidades actuales que requieren los ancianos.
- ◊ El planteamiento del concepto de salud y de atención integral, multidisciplinaria y multisectorial, basada en la atención primaria a la salud
- ◊ El concepto de accesibilidad y disponibilidad de los servicios acordes a las necesidades de los ancianos.

6.1.1 Transición demográfica y transición epidemiológica

La transición demográfica y epidemiológica están caracterizadas por los cambios estructurales en la población, así como por los cambios en la frecuencia con la que se presentan las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, los accidentes y violencias, así como las muertes.

- ◊ En México se presenta un patrón demográfico distinto al de otros países industrializados. La población se duplicó de 1930 a 1958 y se volvió a duplicar para 1981.
- ◊ Entre 1930 y 1970 ocurrió una caída de la mortalidad sin un descenso concomitante de la fecundidad.
- ◊ La mortalidad ha sufrido un notable cambio en su distribución por edades; la proporción de muertes en la infancia ha disminuido desde los años sesenta.

- ◇ A partir de 1970, la reducción de la fertilidad ha provocado el envejecimiento de la población.
- ◇ De 1970 a 1988, la esperanza de vida aumentó 8.2 años en promedio.
- ◇ En las próximas tres décadas, la proporción de menores de 15 años disminuirá y aumentará la de adultos mayores de 60 años. La edad mediana de muerte ascendió de 7.2 años en 1940 a 60 años en 1990.
- ◇ En 1940, las enfermedades transmisibles ocasionaron el 60% de las muertes. Para el año 2020 provocarán menos del 12%.
- ◇ El aumento de la importancia de las enfermedades no transmisibles se reflejará en una mayor demanda de atención. En 1992 las enfermedades no transmisibles originaron el 62% de las defunciones.
- ◇ A partir de 1980 la mortalidad por lesiones accidentales muestra una tendencia ascendente. Las muertes por homicidio presentan un incremento pronunciado a partir de 1990, (Frenk, J. y cols.: 1994)

6.1.2 Concepto de envejecimiento y envejecimiento exitoso

Los viejos son considerados como una población de alto riesgo en lo concerniente a sus problemas sociales y de salud física y mental, debido a que si éstos no son atendidos adecuadamente, pueden repercutir de una manera negativa en ellos mismos, en su familia y en la sociedad de la cual forman parte.

Desde el punto de vista de salud los viejos son grandes demandantes de servicios, ya que además de los problemas propios del envejecimiento, ellos vienen arrastrando padecimientos crónicos o problemas de salud que fueron adquiriendo durante su vida, muchos de ellos altamente incapacitantes.

El deslindar los límites entre la enfermedad y las manifestaciones propias del proceso de envejecimiento ha llevado a algunos autores a proponer nuevos conceptos.

Rowe y Kahn, proponen un concepto novedoso: estratificar el envejecer "normal" en dos categorías:

1. Envejecimiento exitoso, el cual se refiere a los sujetos en quienes se observa sólo el decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento, y en donde ni la enfermedad ni los factores ambientales o adversos en el estilo de vida complican o acrecientan el deterioro. Esto representa una mayor reserva fisiológica y menor riesgo de enfermedad. Además implica la existencia de cambios que son prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento, los cuales anteriormente resultaba imposible prevenir.

2. Envejecimiento usual, en el que se observan cambios determinados por el efecto combinado de la enfermedad y el estilo de vida, sobre el proceso de envejecimiento intrínseco.

Lo anterior expuesto ilustra lo que ocurre en el proceso del envejecimiento, dejando claro que en la realidad de nuestro país se está trabajando con las consecuencias que genera el envejecimiento usual, y en un número de casos bastante considerable, con el envejecimiento patológico ya que la posibilidad de lograr un proceso de envejecimiento exitoso en nuestra población es aún muy difícil. Sin embargo, la tendencia de la atención a la salud de la población anciana debe ser dirigida hacia el acercamiento, en un primer momento y hacia el logro en un segundo momento de este concepto.

6.1.3 Concepto de salud y de atención integral del anciano

La atención adecuada del anciano significa que debe favorecerse en lo posible, su capacidad para servirse a sí mismos y para ser un individuo independiente y útil a la sociedad.

Desde la perspectiva social, el abandono y la marginación de los ancianos, la carencia de recursos económicos, la elevada prevalencia de discapacidad y consecuente dependencia presupone la necesidad de asistencia social, así como de servicios y personal calificado para su manejo.

Frente a esta situación, el anciano requiere de una atención integral y global cuyos objetivos se dirijan a: la mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, la prevención del deterioro funcional, la educación para la salud a nivel individual y familiar para promover el autocuidado y la atención del anciano sano, enfermo y/o discapacitado.

Para poder comprender la relación entre los factores y el estado de salud y enfermedad, y posteriormente definir las características de la atención, es necesario contar con un concepto de la salud y sus determinantes.

Este concepto deberá ser integral y operativo desde el punto de vista de una política sanitaria.

El concepto que se adopta para este fin es el "concepto de campo de salud", el cual implica:

"que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y la biología humana" (Alan Dever, G. E.: 1991(b), p 30).

Con respecto a estos factores se sostiene que los cuatro son igualmente importantes, de modo que el equilibrio entre estos es fundamental para lograr un estado de salud adecuado.

Este modelo es más global y se adapta mejor a una visión de causa múltiple y efecto múltiple de la salud y enfermedad, lo cual trasciende a un enfoque más equilibrado del desarrollo de la política sanitaria, en comparación con las tradicionales divisiones de prevención, diagnóstico, terapia y rehabilitación que resulta limitativa, o con la que se hace entre salud pública, salud mental y medicina clínica.

Por otro lado el énfasis que se tiene actualmente sobre el cuidado de la salud, coloca el acento en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad, lo que lleva a redefinir a la epidemiología fundamentalmente de dos maneras: "aquella que se ocupa de la salud y de la enfermedad en grupos poblacionales, así como de los factores —incluyendo los servicios de salud— que las determinan" (Alan Dever, G. E: 1991 (a), p. 18) y como, "la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes que afectan la salud y la enfermedad" (Alan Dever, G. E.: 1991 (a) p. 18).

Con base en lo anterior, el concepto de atención que se utilizará será el que considera la importancia que tiene el nuevo marco de atención a la salud, en el cual modifica la orientación del concepto de mejorar la salud con una perspectiva orientada a la enfermedad, por otro cuya perspectiva se oriente hacia la salud, para lo que se considerarán diferentes dimensiones de la salud —estilo de vida, medio ambiente, biología y prestación de servicios sanitarios—, y éstas se aplicarán a los servicios de salud bajo la óptica de dirigir sus acciones fundamentalmente a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Finalmente es necesario agregar que en esta época de creciente interés en lo que se refiere al cuidado de la propia persona y de menor dependencia respecto del cuidado institucional, es imprescindible que los administradores de los servicios de salud tengan en cuenta este nuevo enfoque, ya que el potencial de acciones de promoción de la salud que deben realizar las instituciones es ilimitado. Por ello, y en virtud de que la atención debe ser integral y basada fundamentalmente en la prevención, el marco para su desarrollo es el de la atención primaria a la salud (OMS-UNICEF: 1978), integrada a un sistema de atención escalonada.

6.1.4 La atención primaria de salud

La declaración de Alma Ata, representó una manifestación histórica y colectiva de voluntad política, inspirada en la justicia social y destinada a mejorar la salud de todos los pueblos; en ella se establece que:

- ◊ "La salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo, lo que precisa de la intervención de muchos otros sectores sociales, económicos, además del sanitario.
- ◊ Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo

que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

- ◊ Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención sanitaria al lugar en que residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".
- ◊ La importancia de la participación plena y organizada y de la autorresponsabilidad final de la comunidad, de manera que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su propia salud.
- ◊ Debe formar parte integrante del desarrollo del país y de la comunidad y no quedar reducida a una acción aislada y periférica, por lo que es necesaria una labor de promoción y coordinación y el apoyo de la administración, no solo a nivel local, sino también intermedio y central".
- ◊ Comprende servicios preventivos, curativos de rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad que presten particular atención a los grupos vulnerables y se adapten a las capacidades de la población.
- ◊ La grave desigualdad en lo referente a la salud, es política social y económicamente inaceptable.
- ◊ El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud "(OMS-UNICEF: 1978).

6.1.5 Aplicación de la epidemiología y la administración en la planificación

El establecimiento del modelo de atención para la población anciana, tiene como bases teóricas y metodológicas los conceptos vertidos por Alan Dever, en lo referente al proceso de planificación y al concepto de atención a la salud, definido en su libro *Epidemiología y administración de servicios de salud*.

La aplicación de la epidemiología a la administración de los servicios de salud es fundamental para la planificación y el control de los servicios de atención a los ancianos.

La planificación de la atención a la salud de la población anciana, demanda primero identificar las necesidades que tiene ésta a partir del diagnóstico colectivo de salud. Así la epidemiología puede considerarse como la disciplina que a través de su metodología ofrece a la planificación de los servicios de salud el conocimiento para elaborar este último.

Existen diversos conceptos sobre epidemiología, uno de los más conocidos es aquel que la define como "el estudio de la frecuencia y distribución de la enfermedad o de una

condición fisiológica en poblaciones humanas y de los factores que influyen en la generación del proceso salud-enfermedad" (Alan Dever, G. E.: 1991(a), p. 19).

En el campo de la salud, la epidemiología tiene tres aplicaciones principales: etiológica, clínica y administrativa. La aplicación administrativa es la que nos ocupa revisar en este marco.

La epidemiología es una forma de analizar la salud de la comunidad, por lo que los planificadores de los servicios de salud deben utilizarla como un método básico en su función. Bajo este enfoque administrativo, se le define como aquella:

..."que brinda recursos para la prevención y cura mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas modernas para evaluar las necesidades de salud de los grupos de poblaciones, determinar prioridades y ponderar los resultados alcanzados" (Alan Dever, G. E.: 1991(a), p. 19).

Los objetivos principales que persigue la epidemiología son:

- ◊ Estudiar la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades y describir el estado de salud de las poblaciones como base para la planeación, evaluación y administración de los sistemas de promoción y recuperación de la salud.
- ◊ Proporcionar los datos necesarios para la comprensión de la etiología de la salud y de la enfermedad.
- ◊ Promover la utilización de los conceptos epidemiológicos en la administración de los servicios de salud. (Alan Dever, G. E.: 1991(a), p. 19).

Para establecer la vinculación que tiene la epidemiología con la administración, resulta necesario revisar algunos conceptos administrativos que permitan reconocer el apoyo que brinda la epidemiología en la planificación de los servicios de salud.

La prestación de atención a la salud de las poblaciones exige algún tipo de acción colectiva organizada, donde las partes interrelacionadas de una organización se coordinan para lograr los objetivos comprendidos en la prestación del servicio.

La administración por lo tanto es el proceso mediante el cual se lleva a cabo dicha organización. Este proceso se encarga de realizar cinco funciones fundamentales: planificación, organización, integración, dirección y control.

La planificación se concibe como la función principal de la administración, y en esencia significa decidir anticipadamente lo que se desea hacer, determinar un curso de acción para el futuro, cuyo objetivo es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas.

La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros y su objetivo es enriquecer la toma de decisiones. Por tanto la planificación es un proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo y elaboración de las acciones y actividades de la organización.

Existen dos niveles de planificación: estratégica, táctica y operativa. El nivel en el que se sustenta este trabajo es el de la "planificación operativa" la cual se entiende como:

... un proceso iterativo en el cuál se plantean las posibilidades acerca de cómo, cuándo y dónde se desarrollarán las actividades y en el cual se controlan, evalúan y reorientan los resultados, cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos expresados.

Lo que une a la epidemiología con la administración es la toma de decisiones, esencia misma de esta última. Las decisiones siempre se toman sobre la base del diagnóstico colectivo de salud. La función de la epidemiología es proporcionar un método dentro del proceso de planificación, para elaborar diagnósticos poblacionales ya partir de estos establecer lineamientos para la construcción de modelos de atención.

⁶El proceso de planificación implica el desarrollo de cinco etapas:

1. Identificación de necesidades y problemas a partir del diagnóstico colectivo de salud.
2. * Determinación de prioridades con el enfoque de atención integral
3. Fijación de objetivos
4. * Organización de las actividades
5. * Organización de los recursos
6. * Control

⁶ Lilia Macedo de la Concha: modificado Alan Dever: 1991.
Este esquema ha sido modificado en la primera, segunda y sexta etapa, ya que debe quedar explícito lo siguiente: a) en la primera etapa de la planificación la elaboración del diagnóstico de salud es imprescindible para la identificación de necesidades y problemas que requieren de atención; b) en la segunda etapa, la determinación de las prioridades requiere de manera necesaria para los fines de éste trabajo, el enfoque de atención integral (ver punto 6.1.3); c) en la cuarta y quinta etapa, la función explícita de la organización tanto de las actividades como de los recursos, y d) en la sexta etapa que Dever refiere como evaluación, ésta se ve limitada sólo a la medición de resultados, por lo que el control permite una valoración completa de la ejecución de las actividades y el uso de recursos, a través de la supervisión y la evaluación.

Los primeros cuatro pasos corresponden a las funciones de planificación, el quinto paso, comprende la organización, conducción y coordinación de las funciones administrativas, y el último paso corresponde a la función de supervisión y evaluación.

Los conceptos de necesidad y de población objetivo resultan esenciales en cualquier nivel de planificación. El proceso comienza con la identificación de necesidades de atención por parte de una población. El concepto de necesidad se describirá como:

...cierto grado de alteración de salud y bienestar, ...donde alteración de la salud es definida como una percepción y su evaluación depende de quien la percibe... Esta necesidad puede ser vista cuando menos desde dos perspectivas: la del cliente (o paciente) y la del profesional (Donabedian, A: 1973 p. 62).

En este caso la perspectiva que se utilizará será la percepción de necesidades por el anciano.

Es necesario tomar en cuenta la importancia relativa que la población otorga a sus problemas, en la planificación de los modelos de atención, ya que es muy frecuente que éstos sean elaborados por el personal de las instituciones sin considerar las necesidades sentidas por la población a quién van dirigidos, lo que puede dar como resultado el fracaso parcial o total de estos.

La elaboración del diagnóstico para la determinación de necesidades se puede realizar a partir de tres enfoques: el enfoque por indicadores, el enfoque por encuestas y el enfoque orientado a la búsqueda de consenso.

En este estudio el enfoque de encuesta, a través de lo que se denomina "encuestas tipo".

Las encuestas tipo de la población general, determinan las necesidades, pues reúnen datos de problemas de salud, discapacidad y percepción de las necesidades directamente de los encuestados, que a menudo son entrevistados en sus viviendas.

La identificación de necesidades y problemas, por medio del diagnóstico colectivo de salud, primer paso de la planificación, implica la descripción de la población que rodea a la organización, de sus problemas de salud y de la utilización que hace de los servicios de salud, así como a un análisis de los factores involucrados en dichos problemas de salud y a la identificación de los recursos existentes para enfrentar tales factores. Esta población debe ser analizada a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos. La determinación de los factores que están relacionados con esas necesidades es el siguiente paso a describir y, finalmente la identificación de los recursos comunitarios, como instituciones de salud, hospitales, servicios sociales y otros que pueden ser utilizables para disminuir los factores de riesgo identificados.

La determinación de prioridades se apoyan en el concepto de atención integral, el cual se basa como ya se mencionó (punto 6.1.3) en el "concepto de campo de salud"

elaborado por Dever, el cual considera que la salud se determina a partir del estilo de vida, el medio ambiente, la organización de la atención de la salud y la biología humana, y pone énfasis en el cuidado de la salud antes que la enfermedad.

Una vez establecidas las necesidades y las prioridades se podrá dar paso la planificación del modelo de atención. La planificación del modelo comienza por **fijar los objetivos**.

Después de tener establecidos los objetivos a lograr y por lo tanto las necesidades previamente identificadas, se deberá traducir éstas operativamente en **actividades y servicios**, en esta etapa, se generan las ideas para identificar maneras posibles para lograr los objetivos; esto incluye la identificación y asignación de los recursos necesarios. Una vez generadas las alternativas éstas deberán ser evaluadas, comparando los beneficios esperados de cada alternativa con el costo y riesgos de adoptarla.

La movilización y coordinación de recursos, es la quinta etapa del proceso de planificación y corresponde a la prestación efectiva de servicios. Pueden surgir situaciones en las cuales no sea posible determinar desde el principio una forma definitiva del servicio, en este caso puede darse la posibilidad del diseño de un modelo piloto para guiar decisiones posteriores, aspecto que se retomará para el modelo que se propone.

Finalmente el **control** comprende: la medición de los costos, de las actividades y de los resultados por medio de la supervisión y la evaluación. La contribución de la epidemiología, estriba en la medición de los resultados que casi siempre son medidas epidemiológicas del estado de salud de la población. En este aspecto es importante mencionar que el control es un concepto más amplio que la evaluación por que no se restringe sólo a la medición de los resultados sino que implica también la valoración del desarrollo de las actividades cuando éstas se están realizando, lo que favorece su oportuna modificación si es el caso.

Por lo tanto, la aplicación de la epidemiología en este paso, es básicamente la misma que se da en la detección de necesidades lo que establece que el proceso de planificación se dé de manera cíclica. (Alan Dever, G. E.: 1991(c)).

6.1.6 La multidisciplinariedad en la atención y el desarrollo de la geriatría y la gerontología en la atención a la salud de los ancianos

El problema de la vejez debe ser estudiado y resuelto de forma integral, considerando los procesos biológicos, psicológicos, económicos, sociales y políticos, que le condicionan y le acompañan, pues éstos son los que permiten determinar un verdadero estado de bienestar para el anciano.

La atención integral y comunitaria que se propone para los ancianos requiere de la multidisciplina. Esta se conceptúa como el resultado del trabajo conjunto de profesionales integrados en forma coordinada para el logro de un objetivo en común, respetando las

características metodológicas de cada área del conocimiento y utilizando la información específica y resultante del trabajo de cada una de ellas.

Esta es la razón por la cual se desarrolla una nueva rama de la sociología y la medicina llamada gerontología y geriatría.

La gerontología es la ciencia que se ocupa del estudio de la vejez desde el punto de vista social, antropológico y biológico. La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa del aspecto curativo, preventivo y rehabilitatorio de las enfermedades del anciano con particular énfasis del aspecto social de las mismas (Galinzky D: 1982, p. 62).

La gerontología y la geriatría, por su ámbito de acción, requieren de la acción multidisciplinaria para cumplir con sus fines. Idealmente el equipo deberá estar integrado, por un médico geriatra o con entrenamiento, una enfermera geriatra o con entrenamiento, una auxiliar de enfermería, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta del lenguaje, ergoterapeuta (rehabilitación en actividades cotidianas), y diversos especialistas que actúen como interconsultantes, tales como audiólogo, ortopedista, neurólogo, dentista y pedicurista entre otros y, como parte del equipo básico igualmente, una trabajadora social y un dietista o nutriólogo.

El objetivo de la acción multidisciplinaria en el anciano persigue: ofrecer una atención integral, que permita mantener al anciano en su hogar y en su comunidad, con el máximo de servicios requeridos, para hacerlo más independiente. Toda otra derivación (institucionalización) es considerada una alternativa y no una solución.

6.1.7 Accesibilidad y disponibilidad

La población anciana refiere cierta necesidad de atención médica, así como deseo de tal atención; sin embargo, este deseo se ve condicionado por las creencias relativas que tiene acerca de la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor y la incapacidad.

Deben tomarse en cuenta los factores que favorecen u obstaculizan la búsqueda y la obtención de la atención médica para que la disponibilidad y el acceso a ella sean acordes con las necesidades de los ancianos.

Los conceptos de "accesibilidad" y "disponibilidad" aplicados a los servicios que ofrecen atención a la salud son diversos. Con la finalidad de apoyar el modelo de atención motivo de esta tesis, de manera teórica se utilizarán los conceptos de que al respecto ha desarrollado Julio Frenk. El se basa en varios autores y considera fundamentalmente dos que han trabajado más en ello, Donabedian y Bashshur.

Donabedian indica que la "accesibilidad" es una característica de los recursos de atención a la salud, y que constituye un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y la producción y el consumo reales de dichos servicios, y la define como "algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar o en un momento

dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales".

Para ello menciona que hay que considerar a la accesibilidad como "el grado de 'ajuste' entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud" (Donabedian A: 1973).

Así mismo Bashshur menciona que la accesibilidad es "la relación funcional entre la población y las instalaciones y recursos médicos, la cual refleja la existencia diferencial ya sea de obstáculos, impedimentos y dificultades, o bien de factores facilitadores para los beneficiarios de la atención" (Bashshur, R. L.: 1982).

A partir de lo anterior Frenk plantea como definición formal de la accesibilidad "el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población. en el proceso de búsqueda y obtención de la atención". Esta en relación funcional entre el conjunto de obstáculos existentes entre la búsqueda y la obtención de la atención (resistencia), y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de utilización) (Frenk, J: 1995).

Los obstáculos se presentan en diferentes dimensiones. Para este trabajo interesa estudiar a los obstáculos a partir de la fuente que los genera, para lo cual se clasifican en tres categorías. La primera incluye a los "obstáculos ecológicos", los cuales se originan en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de tiempos y distancias de transporte; la segunda categoría se refiere a los "obstáculos financieros" o sea a los precios que cobra el proveedor; y la tercera corresponde a los "obstáculos organizativos" que se originan en los modos de organización de los recursos de atención a la salud. Estos se dividen a su vez, en "obstáculos organizativos a la entrada", "obstáculos al interior de un establecimiento de salud" y los concernientes a la salida. Los primeros incorporan la manera en que están organizados los recursos, que obstaculiza el contacto inicial con el sistema de atención a la salud, por ejemplo las demoras para obtener una cita; los segundos tienen que ver con los aspectos que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el paciente está adentro, como el tiempo de espera para ver al doctor u obtener los servicios de laboratorio, entre otros; y los últimos obstáculos son aquellos que pueden afectar para la continuidad de la atención.

Por otro lado, es importante considerar las condiciones que se interponen entre la disponibilidad del recurso y su utilización, por lo que es importante distinguir el concepto de "disponibilidad" con el de "accesibilidad".

La "disponibilidad" concierne fundamentalmente a la existencia de recursos, pero no basta con su existencia; el autor habla de "disponibilidad efectiva" como aquella capaz de producir servicios.

La razón para relacionar la disponibilidad con la accesibilidad es que el "grado de ajuste" entre los recursos y la población no se da en el vacío, sino en el contexto de los recursos disponibles en una cierta zona geográfica.

Lo anterior aplicado a la atención del anciano resulta fundamental, ya que actualmente existe una gran dificultad y deficiencia, por parte de los servicios para adaptar los recursos y el acceso a ellos a las necesidades del anciano de modo que aquellos sean utilizados de manera óptima.

6.2 Planteamiento del problema

En nuestro país el grupo de persona de 60 y más años de edad es cada vez más numeroso. La expectativa de vida del mexicano al nacer del se ha elevado; los hombres tendrán la probabilidad de vivir 68 años de edad y las mujeres alcanzarán un promedio de 72.

La población senescente en México rebasa actualmente los 4 millones y se espera que para el año 2000 sea de 7 millones, lo cual corresponderá a más del 6% de la población general. Las cifras anteriores permiten apreciar que la situación demográfica del país está cambiando y que éste se enfrenta al reto del envejecimiento de su población.

Este problema se agrava al reconocer que el papel del anciano ha cambiado y que particularmente, en las zonas urbanas, éste se expone a factores sociales que tienen graves consecuencias en su bienestar.

En tiempos de crisis como la que enfrenta nuestro país, difícilmente se puede contender con las múltiples necesidades que tiene la población anciana, y de manera particular en cuanto a la atención de su salud se refiere. La organización de los servicios actuales no responde a la demanda, la cobertura, la accesibilidad y la disponibilidad que la atención de dicha población requiere.

Socialmente el anciano se está convirtiendo en una carga tanto para la familia como para el resto de los individuos que conviven con él. Este problema se refleja desde el punto de vista económico cuando se ve la necesidad de mantener a un ser humano económicamente "improductivo" y que requiere, además, recursos humanos y de servicios específicos para su atención. En la familia, la convivencia con el anciano representa hoy en día una serie de problemas que pueden llegar a alterar importantemente la dinámica familiar. Esta situación ha repercutido en una mayor demanda de asilos en donde el anciano es recluido en espera de la muerte.

Los estudios realizados hasta hoy parecen mostrar que el aislamiento no es una buena opción para el anciano por que lo afecta tanto desde el punto de vista psicológico como social. Por otro lado sería materialmente imposible proporcionar los recursos físicos, financieros y humanos suficientes para poder contender con esta alternativa que de ninguna manera llenaría los requisitos de cobertura y equidad, de acuerdo con la política social de nuestro país.

Otro problema son los índices de ocupación de camas hospitalarias, la demanda excesiva e inapropiada de la atención médica, la utilización inadecuada e indiscriminada de

servicios médicos hospitalarios y de estudios de laboratorio y gabinete; la atención fragmentada, parcial y poco satisfactoria de los pacientes, la falta de comprensión hacia el anciano y, por consiguiente la mala relación médico- paciente, así como la falta de programas de atención específicos para ellos.

La subutilización de servicios preventivos y rehabilitatorios por falta de conciencia en cuanto a su necesidad y disponibilidad, es solo alguno de los problemas que habitualmente se presentan relación a la atención de la salud de los ancianos.

Desde la perspectiva social, el abandono y la marginación de los ancianos, la carencia de recursos económicos, la elevada prevalencia de discapacidad y la consecuente dependencia, presupone la necesidad de asistencia social, así como de servicios y personal calificado para su manejo.

Algunos de los riesgos que se derivan de los puntos anteriores repercuten en gran parte en la insuficiencia de servicios médicos y hospitalarios, en la incapacidad de otorgar una atención médica satisfactoria y eficiente, y en el aumento exagerado de recursos materiales, físicos y humanos que se generan por carecer de una adecuada racionalización y optimización de los ya existentes.

Así mismo, la atención de la población anciana apenas comienza a ser reconocida como prioritaria en nuestro país. Hasta la fecha, las diversas acciones que se han desarrollado en favor de la senectud reflejan esfuerzos aislados, sin una base sólida científica que los sustente. En el campo de la educación tampoco se le ha dado a la vejez la importancia que merece, en gran parte todo es debido a la falta de concientización de la serie de problemas que se pueden derivar a largo plazo, en comparación con otros países más desarrollados en donde ya se están enfrentando a muchos de los problemas mencionados.

Se puede definir a partir de lo revisado y expuesto en este trabajo, que los ancianos en México son, un grupo poco cuidado por la sociedad, ya que hasta el momento no se le ha prestado suficiente atención. En México, no se ha desarrollado todavía una estrategia que permita proporcionarles una atención médica y asistencial eficaz, eficiente y efectiva, coordinada y sistematizada. Por otro lado, el campo de la investigación es muy pobre, y por lo que toca a la formación y capacitación de recursos humanos adecuados para su atención, son pocas o nulas las acciones por parte de las instituciones responsables.

Lo anterior tiene como consecuencia que la atención a los ancianos sea exageradamente costosa y difícil de sostener por nuestros servicios de salud, por lo que la única opción disponible, es la promoción de la salud y la prevención de daños antes de llegar a ser ancianos, lo cual redunde en un envejecimiento exitoso.

Sin embargo ante la existencia de una proporción importante de ancianos en nuestro país, (la cual va en aumento), en los cuales su situación de salud se define por el ámbito en donde se han desenvuelto, lo cual ha sido escasamente investigado, permite reconocer a este grupo de población con carácter emergente, ya que la atención a su salud debe ser respuesta de las características y necesidades que cada grupo de viejos tenga, por lo que estudiarlos en

su contexto debe ser un paso previo para definir el modelo de atención que responda a las necesidades de cada grupo, lo cual lleve al logro de su independencia y la calidad de vida que merecen.

6.3 Objetivos

6.3.1 Objetivo general

Proponer un modelo de servicios de atención médica y asistencia social para el anciano, en una colonia de la delegación política Tlalpan, México, Distrito Federal dentro del contexto del Sistema Nacional de Salud.

6.3.2 Objetivos específicos

- 1) Conocer el número y tipo de programas, servicios, instituciones y personal de salud, que brindan atención médica y asistencia social al anciano.
- 2) Establecer la situación de salud de los ancianos que residen en la comunidad en estudio, por medio del conocimiento de sus características demográficas, su estilo de vida, su situación funcional, los factores ambientales que los rodean, sus problemas de salud, y la utilización de servicios médicos y sociales.
- 3) Determinar las necesidades de atención integral de acuerdo con la disponibilidad, calidad, accesibilidad y la oferta y demanda de los servicios de salud y la situación de salud establecida.
- 4) Proponer una alternativa de modelo teórico de servicios de atención médica y de asistencia social con las siguientes características: enfoque integral, preventivo, multidisciplinario, orientado hacia la comunidad y que sea congruente con los tres objetivos anteriores.

6.4 Metodología

El estudio forma parte del proyecto "Modelo asistencial, docente y de investigación para la atención integral del anciano", el cual se llevó a cabo bajo la dirección del doctor Manuel Barquín Calderón y la autora como corresponsable. En dicho proyecto participaron la doctora Dolores Ortiz de la Huerta, el doctor Primo A. Sandoval, la maestra Graciela Casas y la licenciada Clara Urbina. Para la recolección de la información se contó con el apoyo de un grupo de alumnas de la Escuela de Trabajo Social de la UNAM.

El desarrollo del proyecto se dividió en tres etapas, la primera bajo mi responsabilidad y cuyos resultados corresponden a ésta tesis. Este estudio se desarrolló en tres fases, las dos

primeras responden al trabajo documental y el levantamiento de datos dicho y la tercera al planteamiento de un modelo.

Los estudios realizados en las dos primeras fases fueron de tipo exploratorio y descriptivo. En cada uno de ellas se utilizó como procedimiento de recolección, la encuesta; como instrumento, el cuestionario y como técnica, la entrevista directa.

Para el recuento de la información obtenida se utilizó el paquete estadístico computacional "SPSS". La presentación de los resultados se llevó a cabo por medio de cuadros y gráficas simples y de asociación de variables, y su descripción se realizó a través de medidas de resumen: para variables cuantitativas, promedios, y para cualitativas, razones y proporciones.

La tercera fase fue el planteamiento del modelo teórico, y se integró a partir de las dos primeras.

6.4.1 Fase I

El aumento de la población senescente está demandando mayores servicios de carácter médico asistencial, por lo que fue necesario conocer si los servicios de salud estaban atendiendo de manera integral esta demanda.

Esta fase tuvo la finalidad de integrar las características de los programas y del equipo de salud de las instituciones que prestan servicios a los ancianos en la delegación Tlalpan.

El diseño de la encuesta y del instrumento para la recolección consideró información concerniente a: tipo de programas, características del equipo de salud, y de los servicios e instituciones que brindan atención médica y asistencia social al anciano en dicha delegación.

La encuesta se realizó por medio de una entrevista directa apoyada de un cuestionario (probado previamente), que se aplicó al personal responsable del programa o del equipo de salud que tenía más contacto con los ancianos en las diversas instituciones de salud.

Esto se realizó en 18 instituciones, de un total de 58 que existen en esa delegación, las cuales fueron seleccionadas a través de muestreo probabilístico proporcionado al tamaño.

Su distribución por sector y por nivel de atención correspondió a: 16 públicas y dos privadas; nueve al primer nivel de atención, dos al segundo y tres al tercero; dos de asistencia social pública y dos de asistencia privada.

6.4.2 Fase II

La fase dos, tuvo como fin hacer el diagnóstico de salud de una población de ancianos que residen en la comunidad en estudio, para lo cual se recolectó información sobre: sus características demográficas, salud, actividades del diario vivir, utilización de servicios médicos y dentales, recursos con los que cuenta y servicios sociales, relaciones familiares y con

amigos, medio ambiente físico y transporte, empleo e ingreso, necesidades y problemas que le afectan.

Para la encuesta realizada, se empleó el cuestionario "Epidemiología del envejecimiento en América Latina y el Caribe", diseñado por la Organización Panamericana de la Salud. Consta de 80 preguntas y ha sido aplicado en otros países latinoamericanos y del Caribe. Se aplicó a 372 personas de 60 y más años de edad, que se encontraban residiendo en la colonia "Isidro Fabela", delegación Tlalpan, D.F. El requisito para aplicar dicho cuestionario fue que éste fuera contestado directamente por el anciano por medio de una entrevista, por lo que era necesario que éste contara con capacidad mental para responder a las preguntas. Se consideró a la población en estudio a partir de los 60 años, edad establecida para considerar anciana a una persona. El censo realizado por la delegación permitió la ubicación de esta población en sus domicilios.

Se eligió esta colonia porque es una de las más completas en lo relativo a servicios de salud disponibles, ya que en esta zona se encuentran ubicados la mayor parte de los hospitales e institutos de salud correspondientes al tercer nivel de atención, así como otros programas e instituciones públicas y privadas para la atención y asistencia del anciano, lo cual permitiría la aplicación del modelo.

6.4.3 Fase III

Consistió en determinar, a partir de la información de las dos fases anteriores, las necesidades de atención integral de esta población, con la finalidad de establecer una propuesta "Modelo de servicios de atención médica y de asistencia social para el anciano", con un enfoque integral, preventivo, multidisciplinario y multisectorial y comunitario, motivo de esta tesis.

7 Resultados

7.1 Fase I

Características de los programas y del equipo de salud de las instituciones que prestan servicios a los ancianos en la delegación Tlalpan, D.F.⁷

Los resultados que se describen corresponden a 18 instituciones (31% del universo), 16 públicas y dos privadas, de un total de 58, existen en esa delegación; distribuidas por nivel de atención y por sector: nueve de primer nivel, dos del segundo, tres del tercero; dos de asistencia social pública y dos de asistencia social privada.

Referente a la profesión de los recursos humanos entrevistados, siete tenían licenciatura en trabajo social, cuatro eran técnicos en esta misma área, tres eran enfermeras generales, dos eran médicos-cirujanos, uno era médico geriatra y uno era pasante en trabajo social.

El número de personas mayor de 60 años que atendían mensualmente fue en promedio de 1 239, de los cuales 45% correspondió al primer nivel de atención, 8% al segundo, 31% al tercero; 12% a la asistencia social pública y 4% a la privada.

De 18 instituciones estudiadas siete contaban con programas específicos para la atención de los ancianos, de las cuales tres correspondían al primer nivel, el segundo no contaba con ellos, uno al tercero y dos y uno a asistencia social y privada respectivamente. Por otro lado, dos instituciones más, contaban con subprogramas de atención para la población en estudio, los cuales formaban parte de otros programas.

En cuanto al número de programas y tipo de atención que ofrecían los servicios: el primer nivel de atención contaba con nueve programas, de los cuales, cinco ofrecían atención preventiva, dos curativa, uno rehabilitatoria y uno asistencial; el tercer nivel contaba con un programa de atención rehabilitatoria. De las instituciones de asistencia, la pública contaba con dos programas de atención preventiva, y la privada con uno de atención rehabilitatoria.

⁷Este trabajo se realizó con los estudiantes de la Especialización de Trabajo Social en el Sector Salud, de la Escuela Nacional de Trabajo Social, bajo la coordinación de la MSP Graciela Casas Torres y la Dra. Lilia Macedo de la Concha.

1. Incorporar al anciano a su ambiente considerando los aspectos sociales, familiares y psicológicos. (4 instituciones)
2. Atender enfermedades y padecimientos, especialmente los crónico-degenerativos. (tres instituciones)
3. Promover la terapia ocupacional. (dos instituciones)
4. Generar fuentes de ingreso económico. (una institución)
5. Atención integral al anciano

En el desarrollo de estos programas colaboraban 79 personas, de las cuales tenían las siguientes profesiones: 20% trabajo social, 16% medicina general, 16% enfermería, 6% psicología, 6% geriatría, 6% odontología, 5% medicina interna, 5% nutrición, 4% servicio social, 4% gericultura, 4% psiquiatría, 3% terapia física y 1% terapia ocupacional, 1% profesionales en gimnasia y 3% personal voluntario.

Los servicios en el primer nivel de atención contaban con un equipo base, el cual estaba integrado por: médico general, enfermera y trabajadora social; en el segundo y tercero así como en la asistencia social y privada, no existía equipo base y la diversidad de profesiones era mayor.

El trabajo en equipo se realizaba en 89% de las instituciones. En cuanto a la capacitación específica para la atención del anciano sólo 39% del personal la había recibido.

Las funciones y actividades del equipo de salud por profesión en el primer nivel de atención fueron: médico general - planeación de programas de educación para la salud, pláticas de educación y promoción para la salud y atención médica -. Enfermera general: actividades administrativas, elaboración de programas, pláticas de promoción a la salud, capacitación y adiestramiento. Trabajo social: actividades administrativas como planeación y registro de actividades y supervisión entre otras, educación y promoción para la salud, (formación de grupos, pláticas, asesoría a usuarios, promoción para la salud, visitas guiadas, canalización de ancianos, capacitación y rescate de pacientes, trámites de INSEN, estudios socioeconómicos y de casos. El psicólogo, el terapeuta ocupacional y el odontólogo: pláticas en educación y promoción para la salud, éste último además ofrece consulta. El profesional en educación física: actividades de acondicionamiento físico. Existía un voluntario que ofrece apoyo en la comunidad.

De los servicios de salud que contaban con programas para la atención del anciano, seis tenían equipo y mobiliario propio para llevar a cabo sus actividades. Por otro lado, en cuanto al financiamiento, cuatro de las instituciones se proveían del presupuesto global, dos contaba con presupuesto específico y dos, de otras fuentes como patronatos y donativos.

En las instituciones que tenían programas, éstos se aplicaban permanentemente en cinco de ellas y en el resto en forma temporal.

La coordinación con otras instituciones se daba en 61%, éstas son en orden de frecuencia: INSEN, SSA (Centro de salud "Castro Villagrana" y Hospital "Gea González"), PEMEX, SEP, ISSSTE, DIF, IMSS y el DDF.

7.1.1 Conclusiones

De la muestra estudiada pocas instituciones contaba con programas de atención específica para la población senescente; el enfoque preventivo sólo prevalecía en el primer nivel de atención y el trabajo en equipo se desarrollaba en una proporción aceptable.

Pareciera que dentro de los objetivos que se establecieron en los programas, se pretendía disminuir la dependencia económica y favorecer la integración social del anciano, sin embargo, dado que aún la cobertura de atención al anciano es parcial, no se resuelve la problemática.

Por preparación del personal en el nivel operativo y promocional predominan los trabajadores sociales, lo que hace suponer que los servicios de salud consideran, que la atención para esta población es en primera instancia de carácter asistencial.

Se puede concluir finalmente que la solución integral es deficiente puesto que no incorpora a la comunidad, además que no se refleja ésta, en las actividades y funciones que realiza cada uno de los integrantes del equipo.

Existen algunos avances que sirven de pauta para el tipo de atención que la población anciana requiere, por lo que habrá que potenciarlo y generalizarlo, para llegar a lo que se pretende.

7.2 Fase II

Diagnóstico de la situación de salud de la población anclana de una colonia de la delegación Tlalpan, D.F.

7.2.1 Características generales de la colonia "Isidro Fabela"

Ubicación

La colonia "Isidro Fabela" se localiza en la región del pedregal de Carrasco de la delegación Tlalpan al sur del Distrito Federal. Colinda al norte con las delegaciones Álvaro Obregón y Coyoacán, al oriente con las delegaciones Xochimilco y Milpa Alta, al sur con el estado de Morelos, y al poniente con el Estado de México y la delegación Magdalena Contreras del D.F. Al norte de ella se ubica el Anillo Periférico Sur; al sur la colonia Sánchez Mireles, y la Ampliación "Isidro Fabela"; al oriente, con el barrio de "San Judas Tadeo", y al poniente, la calle Zapote y la Escuela Nacional de Antropología e Historia, del INAH.

El clima es templado y húmedo. El suelo es pedregoso pues forma parte de los 80 kilómetros de piedra volcánica producto de la erupción del Xitle (año 100 aC); siglos después, se formó un poco de *humus*, gracias al polvo llevado por los vientos y así brotaron algunas hierbas, helechos, agaves y cactus y uno que otro ahuehuete.

Se considera como colonia urbana, que cuenta con 29 calles.

Antecedentes

La población original del conjunto de la delegación Tlalpan, fue probablemente de ascendencia otomí. En el año 1959 se inició el asentamiento de lo que hoy es la colonia "Isidro Fabela". En 1964, existían aproximadamente 150 casas en diferentes lugares. La gente que no vivía en la colonia pero que ya tenía un terreno, llegaba los fines de semana a realizar faenas y a participar en las juntas que se llevaban a cabo para dar lineamientos a la colonia. En julio de 1968, se regularizó oficialmente la situación legal de la colonia, reconociéndose sus lmites y 52 manzanas en la demarcación.

Los primeros pobladores fueron emigrantes de los estados de Michoacán, Oaxaca y del Bajío, algunos eran obreros de diversa calificación y otros, desempleados. Los pedregales no eran muy llamativos y en general eran zonas abandonadas, alejadas de los servicios y con una fauna propia de las condiciones geográficas, pero nocivas al hombre, por ejemplo, víboras, alacranes y tarántulas.

Los propios colonos fueron arreglando los terrenos y las calles, además de que aportaban cuotas para el pago del material, los albañiles y los plomeros.

La introducción de servicios urbanos fue lenta. Existía un espacio destinado para obras federales en el cual se estableció la Escuela Nacional de Antropología e Historia. En 1977 en la misma zona de la colonia se crea el DIF.

El Centro Social de Barrios, inicialmente para uso de los colonos, desapareció siendo absorbido por el gobierno del Distrito Federal. Hoy se ubican ahí la lechería de la Conasupo y una oficina del DIF.

La colonia se distinguió por la actividad, de sus líderes, como por la capacidad de movilización de la gente de la colonia. Se formaron grupos deportivos y se promovieron actividades como el ciclismo y el boxeo.

Periódicamente organizaban desfiles y eventos deportivos: el maratón "Benito Juárez", el primero en el Distrito Federal de nivel nacional e internacional. Competencias de carreras 10, 21 y 30 kilómetros. Éstas se suspendieron por razones ecológicas.

Se realizan varias fiestas populares. La primera fiesta que se realizó en la colonia fue la de "San Isidro Labrador" el día 15 de mayo. La de la colonia el 12 de diciembre que se inicia desde el 28 de noviembre. Festejan la expropiación de los predios el 17 de julio de cada cinco años.

La primera escuela de la colonia fue construida en 1968 como obra oficial.

Factores sociales y económicos

Familia

Predomina la nuclear, la extensa y la compuesta. La primera, constituida por padre, madre e hijos; la segunda, se suman a la primera los abuelos, nietos, sobrinos, nueras y familiares cercanos. Hay casos en que en un mismo predio, y con relativa autonomía, conviven dos familias nucleares que en realidad son una sola familia extensa, y otros en que una familia extensa comparte los servicios de la vivienda, como una familia compuesta.

La mayor jerarquía la tiene el padre, y es la madre quien ejerce la autoridad, organizando y distribuyendo tanto satisfactores, como actividades domésticas. En este marco se resuelven los conflictos o problemas que se presentan en las familias.

Economía

La propiedad del suelo es principalmente privada.

En la delegación, 58% de la población económicamente activa se dedica al comercio y los servicios, 18%, a la industria; 10%, a la agricultura y ganadería, y el resto a actividades no especificadas.

El suelo de la colonia "Isidro Fabela" no ha sido apto para la agricultura, y la topografía es agreste para actividades de ganadería, de modo que la economía propia no existe. Los habitantes de la colonia salen de ella para desempeñar sus actividades.

Las actividades predominantes que se realizan en ella son de comercio y servicios. Se localiza en esta zona un mercado con las condiciones sanitarias indispensables, y comercios de distinta índole. La distribución de los comercios no mantiene un orden, aunque la mayoría de ellos se agrupan en una calle. Existen otros comercios de carácter informal y de fin de semana y, un "mercado sobre ruedas", que se instala en la colonia dos veces a la semana.

Según clases sociales, esta colonia se compone sobre todo de clase baja, aunque también la habita un buen número de burócratas y de empleados de servicios. Los vecinos consideran que pertenecen a la clase media.

Vivienda

La mayor parte de las viviendas son de propiedad particular, y en algunos casos son rentadas. Existen varias vecindades. La mayoría de las casas están construidas con ladrillo; algunas son de adobe y de lámina de cartón o bien de lámina de asbesto.

En cuanto a número y dimensión de las viviendas, tienen cuatro o cinco cuartos en general de tres metros por tres metros cuadrados, en ellas habitan tres a cuatro personas. Cuentan en lo general con sistema de drenaje, agua potable y energía eléctrica.

Educación

En cuanto a analfabetismo, es más frecuente en las personas de edad avanzada que no tuvieron oportunidad de asistir a la escuela, aunque algunas de ellas que mantienen su autonomía de movimiento y acción, acuden a círculos de estudio del INEA, donde aprenden a leer y escribir.

Cuenta con escuelas públicas y privadas para la educación de nivel preescolar, básico, medio superior y superior, aunque algunas no se encuentran dentro del perímetro de esta colonia, son accesibles.

Hay bibliotecas y casas de cultura. Un centro de la Comisión Nacional del Deporte (que asumió funciones del CREA), que cuenta con una biblioteca y actividades culturales: guitarra, canto, baile y artesanías entre otras. Se brinda también asesoría legal gratuita.

En la demarcación, se localiza la Sala Ollin Yoliztli que además de ser sede de la Filarmónica de la Ciudad de México, imparte talleres de baile y otras actividades. También existen instalaciones del INSEN y grupos de alcohólicos anónimos.

Servicios y saneamiento ambiental

La mayor parte de la colonia se ha urbanizado y cuenta con pavimento de asfalto, iluminación en sus calles, alcantarillado y drenaje, así como agua potable. Hay algunas calles sin pavimento; como las cerradas y accesos nuevos que no fueron considerados en el trazo original de la colonia.

La fauna está compuesta por animales domésticos: perros, gatos, pájaros, algunos borregos, marranos, pericos, pollos y gansos, por lo que la convivencia con animales es común. Existe una eficiente recolección de basura.

Hay encharcamientos en época de lluvias, debido a las condiciones del terreno que los facilitan y producen olores desagradables.

Los ruidos, son soportables y provienen de vehículos de motor (autos particulares, microbuses y motocicletas), por la cercanía con el Anillo Periférico.

Transporte y comunicaciones

Existe una línea de peseros, debido a la proximidad con el anillo Periférico y con la avenida San Fernando, hacen suficiente el transporte que se complementa con los autos particulares y bicicletas. Dispone de servicio telefónico, privado y público; un buen porcentaje de las viviendas cuenta con teléfono privado. No existen oficinas de telégrafos o correos, aunque la distribución de cartas y telegramas es eficiente.

La iglesia

Los colonos participan en la iglesia de la colonia. La religiosidad de la población se da en torno a las festividades religiosas, como bautizos, confirmaciones, primeras comuniones, quince años y bodas, así como ante las muertes. La asistencia a los oficios de fin de semana es nutrida (Dirección General de Asuntos del Personal Académico-Departamento de Salud Pública, UNAM: 1993).

7.2.2 Características demográficas de la población anciana

De las 372 personas estudiadas, la razón de género en los ancianos fue de tres mujeres por cada dos hombres. Por edades, la mayor proporción se encontró en los quinquenios de 60 a 64 años y de 65 a 69, que abarcaron 62% de la población total (33% y 29% respectivamente).

Ancianos* según género Colonia Isidro Fabela, 1993

Género	Frecuencia
Masculino	142
Femenino	230
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

La razón hombre/mujer por grupos de edad, se encontró que en la población de 60 a 79 años, había dos hombres por cada tres mujeres, esta razón disminuyó con

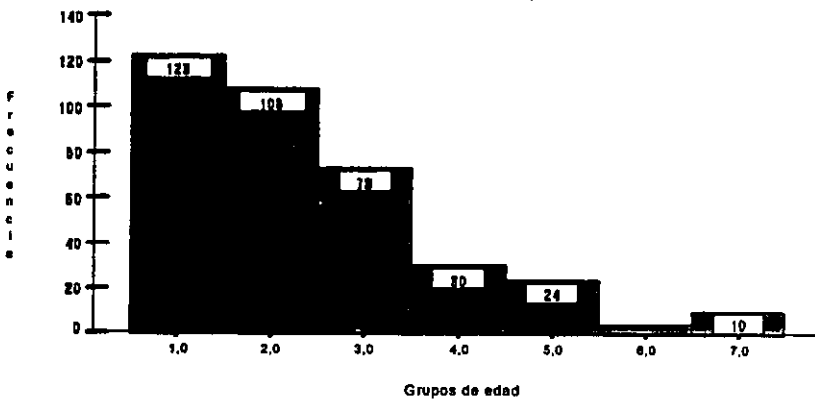
respecto a las mujeres a partir del grupo de 80-84 años (1/1.4); en los dos últimos grupos, se encontró un hombre por cada mujer estudiada.

**Anclanos* según grupos de edad
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Grupos de edad	Frecuencia
60-64 años	123
65-69 años	108
70-74 años	73
75-79 años	30
80-84 años	24
85-89 años	4
90 años y más	10
Total	372

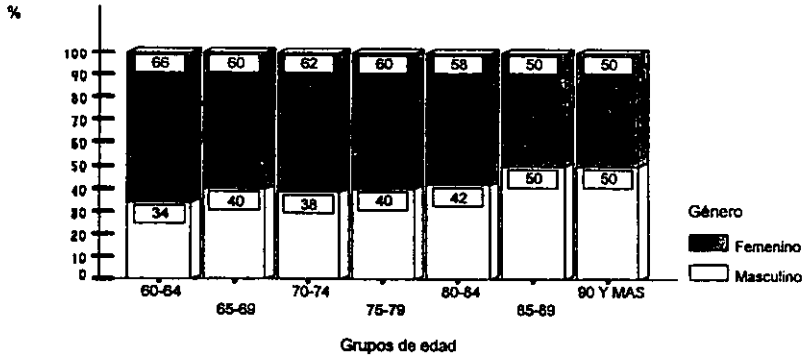
Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Anclanos* según grupos de edad
Colonia Isidro Fabela, 1993**



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más. 1.0= 60-64 años; 2.0= 65-69; 3.0= 70-74; 4.0= 75-79; 5.0= 80-84; 6.0= 85-89; 7.0= 90 y más.

Ancianos* según grupos de edad y género
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Respecto a si sabían leer y escribir, casi dos terceras partes de la población refirió que sí. En cuanto al nivel de escolaridad, 13% refirió no tener ninguno, 60%, tener primaria incompleta; 19% completa; 3% secundaria incompleta; 1%, completa, y sólo el 4% otro grado de escolaridad mayor.

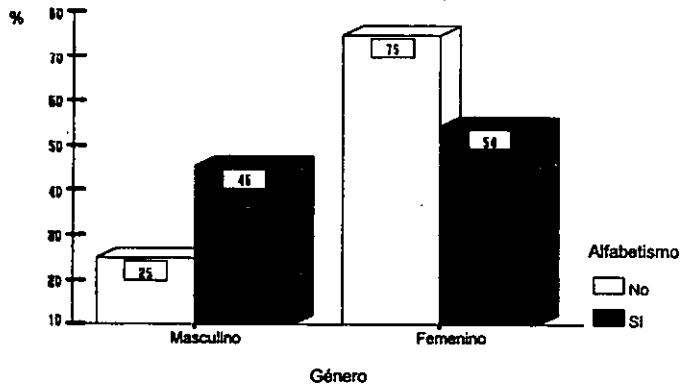
Alfabetismo de los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Alfabetismo	Frecuencia
Si	240
No	132
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

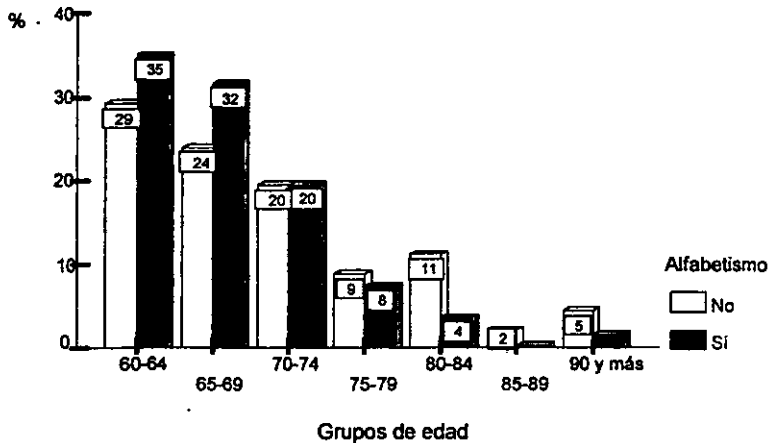
Por género, se encontró que de toda la población que sabía leer y escribir, 54% eran ancianas, y 46% ancianos. Del total de hombres, sabían leer y escribir 77%, y del total de mujeres 57%. Entre los 60 y 69, años hubo mayor número de personas que sabían, que en edades posteriores.

Alfabetismo de los ancianos*, según género
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Alfabetismo de los ancianos*, según grupos de edad
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Por estado civil poco más de 60% de la población era casada y casi la tercera parte viuda.

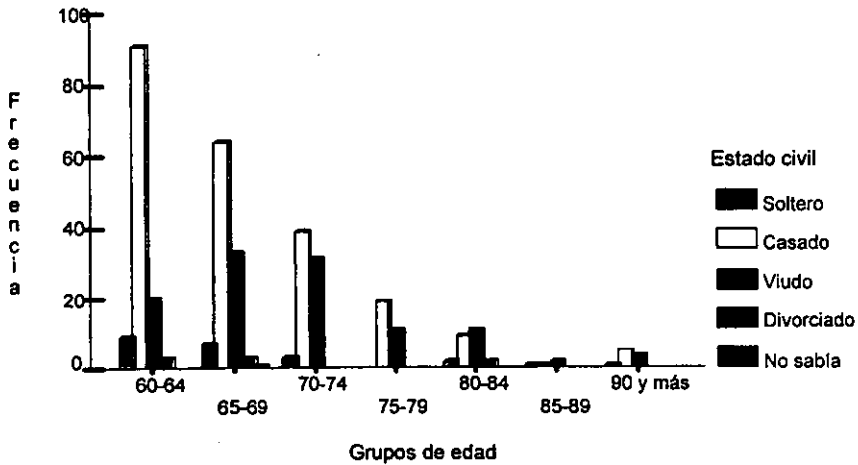
**Estado civil de los ancianos*
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Estado Civil	Frecuencia
Soltero	23
Casado	228
Viudo	112
Divorciado	8
No sabía	1
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

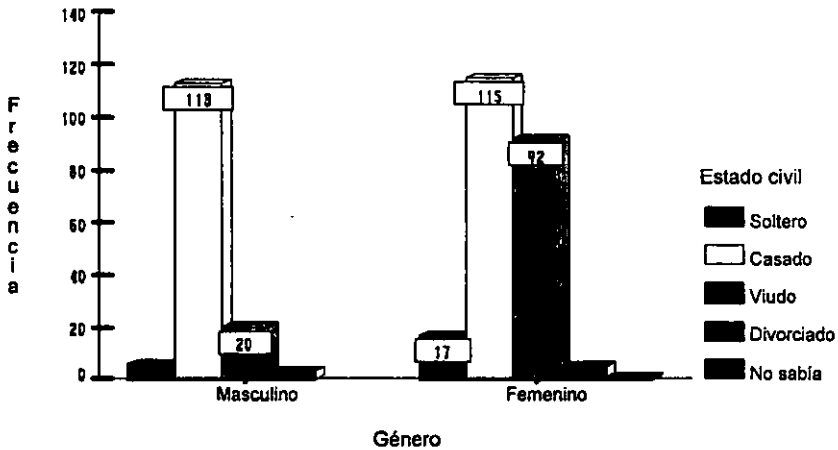
En la distribución por grupos de edad se observó que la proporción de casados disminuía conforme avanzaba la edad y la de viudos aumentaba. En cuanto a la relación de casados y viudos por género, entre los hombres había seis casados por cada viudo, y entre las mujeres la comparación fue de 1.3 mujeres casadas por una viuda.

**Estado civil de los ancianos*, según grupos de edad
 Colonia Isidro Fabela, 1993**



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Ancianos* según género y estado civil
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Llama la atención que sólo 3% de los ancianos vivían solos. Una gran proporción vivía acompañado; de éstos más de dos terceras partes, con un rango de una a seis personas. Del total, casi la mitad vivía con cónyuge. Por género, poco más de una tercera parte de las mujeres vivía con cónyuge, y de los hombres, dos terceras partes estaban en esa situación.

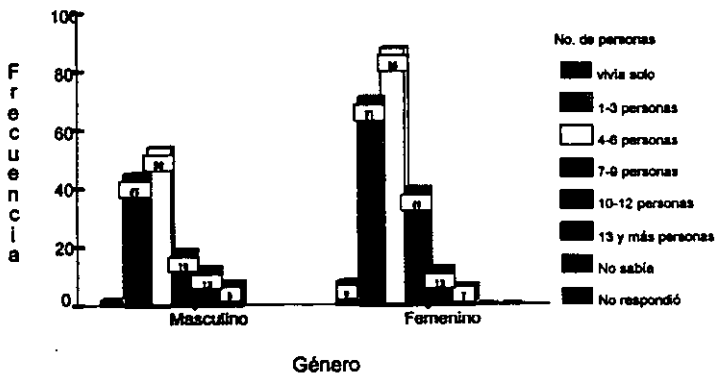
En cuanto al parentesco de las otras personas con las que vivían, predominaron los hijos (54%), las hijas (41%) y los nietos (39%).

**Número de personas con las que
 vivían los ancianos*
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Número de personas	Frecuencia
Vivía solo	12
1 a 3	116
4 a 6	142
7 a 9	59
10 a 12	26
13 ó más	15
No sabía	1
No respondió	1
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Ancianos* según género y número de
 personas con las que vivían
 Colonia Isidro Fabela, 1993**



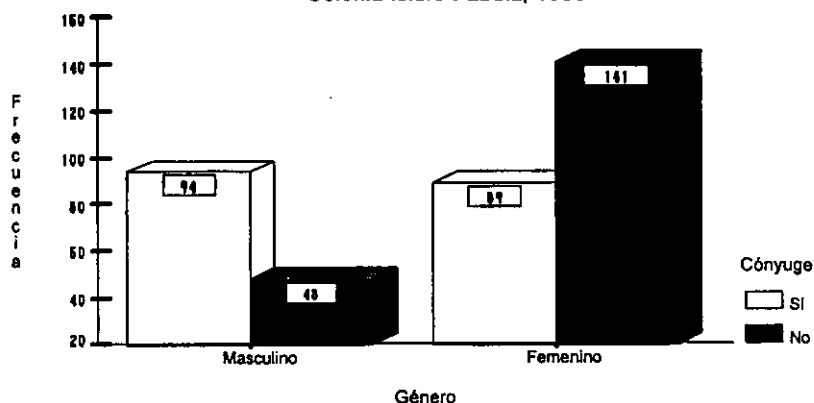
Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Ancianos* que vivían con cónyuge
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Vivían con cónyuge	Frecuencia
Sí	183
No	189
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Ancianos* que vivían con cónyuge, según género
Colonia Isidro Fabela, 1993**



Respecto de la satisfacción con la vida, se encontró que por cada anciano que manifestó cierto grado de insatisfacción, 5 refirieron estar satisfechos o muy satisfechos. Del total, sólo 25 ancianos manifestaron esto último. Se encontró diferencia en los hombres que refirieron algún grado de insatisfacción (18%) con respecto a las mujeres, en las cuales la insatisfacción fue menor (14%).

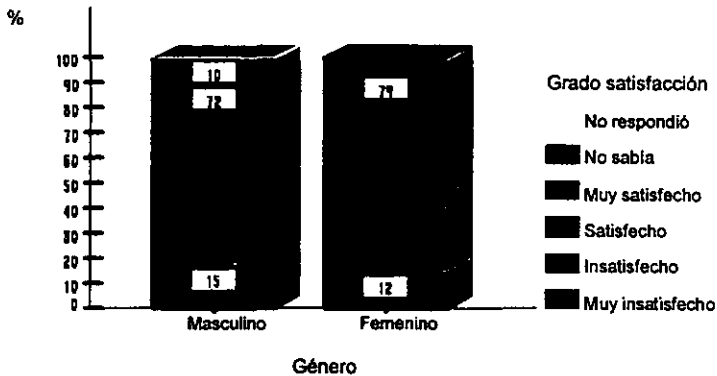
Ancianos* según grado de satisfacción con su vida
Colonia Isidro Fabela, 1993

Satisfacción con su vida	Frecuencia
Muy insatisfecho	9
Insatisfecho	50
Satisfecho	284
Muy satisfecho	25
No sabía	3
No respondió	1
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Ancianos* según género y grado de satisfacción con su vida

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Las causas que les generaba insatisfacción fueron fundamentalmente: problemas de salud, económicos, sociales y de vivienda; sin embargo, 79% manifestó no tener ninguna. Resalta que los problemas económicos y de salud no parecieran ser de gran importancia para ellos, ya que sólo 19 % manifestó tenerlos.

**Problema principal de los ancianos*, que les generaba insatisfacción con la vida
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Problema principal	Frecuencia
Sin problemas	295
Económico	37
Salud	34
Vivienda	2
Social	4
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.2.3 Salud

En cuanto a su estado de salud, 22% lo consideró malo o muy malo (esto último correspondió a 2%); la mitad, regular; 28%, bueno, y una proporción muy baja lo catalogó como muy bueno. Por grupos de edad el comportamiento fue similar; el promedio porcentual que refirió su estado de salud como muy malo o malo fue de 21% en todos los grupos de edad. Por género, en estas mismas modalidades la proporción promedio en los hombres fue de 25% y en las mujeres de 23%.

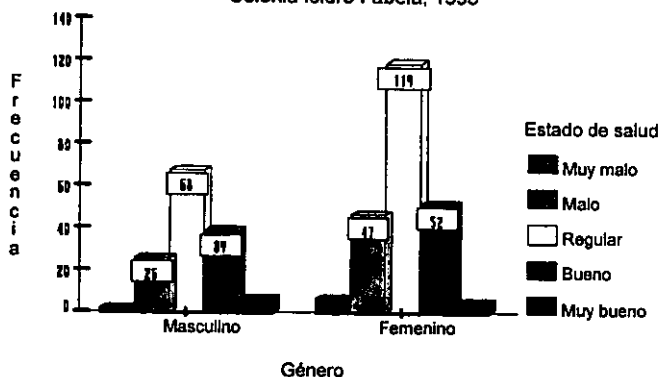
**Percepción de los ancianos* acerca de su estado de salud
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Estado de salud	Frecuencia
Muy malo	9
Malo	73
Regular	187
Bueno	91
Muy bueno	12
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Percepción de los ancianos* acerca
 de su estado de salud, según género

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Comparado su estado de salud con otras personas de su misma edad, 16% la percibió mucho más pobre o más pobre; 31%, igual; 45%, mejor o mucho mejor; 7% no sabía, y 1%, no respondió. La proporción de hombres que lo percibió mucho más pobre o más pobre fue de 16% y la de mujeres de 15%

Percepción de su salud, comparada
 con la de otros ancianos
 Colonia Isidro Fabela, 1993

Salud comparada	Frecuencia
Mucho más pobre	10
Más pobre	48
Igual	114
Mejor	145
Mucho mejor	24
No sabía	27
No respondió	4
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

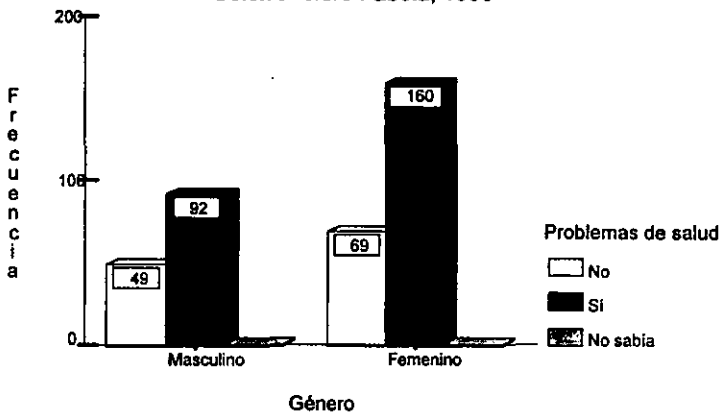
Manifestó tener algún problema de salud 68% de la población; de estos 63% eran del género femenino y 37% del género masculino. Del total de mujeres 71 %, tenía algún padecimiento, y del total de hombres, 65%. Por edad, no se observó diferencia sustancial conforme avanzaba ésta.

**Ancianos* con problemas de salud
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Problemas de salud	Frecuencia
Sí	252
No	118
No sabía	2
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Ancianos* con problemas de salud, según género
Colonia Isidro Fabela, 1993**



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Los problemas que se refirieron con mayor frecuencia, fueron: diabetes, hipertensión arterial (HTA), problemas de las articulaciones y respiratorios, entre otros. De acuerdo con el número de padecimientos que tenía, 80% de la población mencionó tener un padecimiento; 19%, dos, y hasta tres sólo, 1%.

En la siguiente tabla se presentan los problemas de salud que cada viejo percibió como el más importante. Sin embargo en el registro del total de la morbilidad, las enfermedades que más frecuentemente se mencionaron fueron: problemas articulares (65 ancianos); diabetes (62 ancianos); hipertensión arterial (60 ancianos); problemas respiratorios (24 ancianos); problemas cardíacos (12 ancianos); várices (10 ancianos); problemas de columna (ocho ancianos), y secuelas de accidente vascular cerebral (AVC) (7 ancianos). Sólo dos ancianos manifestaron tener algún tipo de cáncer o haber sufrido alguna caída, o tener úlceras en los pies.

**Padecimiento que refirieron tener de manera
 más importante los ancianos*
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Padecimiento	Frecuencia
Diabetes	62
HTA	53
Problemas de articulaciones	44
Problemas respiratorios	23
Problemas cardíacos	3
Varices	7
Problemas de columna	6
Secuelas AVC	7
Otros padecimientos	46
Sin padecimiento	118
No sabía	3
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Respecto de la limitación que les causaba los problemas de salud para realizar las cosas que necesitaban o deseaban hacer: casi 10% contestó sentirse limitado siempre; 11%, muy a menudo; 19%, a menudo; 30%, muy pocas veces, y sólo 31%, nunca.

En cuanto a la distribución de las respuestas por grupo de edad no se encontraron diferencias marcadas. Sin embargo, se observa un aumento en la proporción de viejos que se veían limitados por sus problemas de salud para realizar sus actividades conforme la edad avanzaba. Del total de la población que refirió que nunca se veía limitado por este motivo, 68% se encontraba entre la edad de 60 a 69 años y del total que refirió que siempre se veían limitados 46% se encontraban en edades posteriores.

27% de los viejos del género masculino mencionó que nunca se veían limitados; 29%, pocas veces; 21%, muy a menudo o a menudo (ambas), y 18%, siempre. Entre las mujeres 27%, 31%, 34% y 8% respectivamente

En cuanto a la existencia de problemas en extremidades superiores e inferiores que les produjera mal funcionamiento, la tercera parte refirió que sí los tenía. En relación con alteraciones en los pies como hallux valgus (juanetes), hiperqueratosis (callos), paroniquia uñas enterradas que les dificultaran caminar, lo padecía 38% y sólo a 2% le faltaba alguna extremidad. Para estos problemas, 59% de los ancianos refirió haber requerido tratamiento o rehabilitación.

**Ancianos* con problemas en extremidades inferiores
que requirieron de tratamiento o rehabilitación
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Tratamiento Rehabilitación	ó	Frecuencia
Si		220
No		152
Total		372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Por lo que toca al estado de la vista, 69% manifestó tener problemas, y 58% mencionó que su capacidad visual le generaba algún grado de limitación para llevar a cabo las cosas que necesitaba o deseaba hacer.

En capacidad auditiva, casi tres cuartas partes refirió tener una agudeza auditiva buena o muy buena.

**Estado de la visión de los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Estado de la visión	Frecuencia
Muy malo	11
Malo	71
Regular	175
Bueno	104
Muy bueno	11
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Estado de la audición de los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Estado de la audición	Frecuencia
Muy malo	1
Malo	17
Regular	83
Bueno	230
Muy bueno	41
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En relación con su salud oral, 94% refirió tener carencia de piezas dentarias; de éstos 20% no contaba con ninguna pieza.

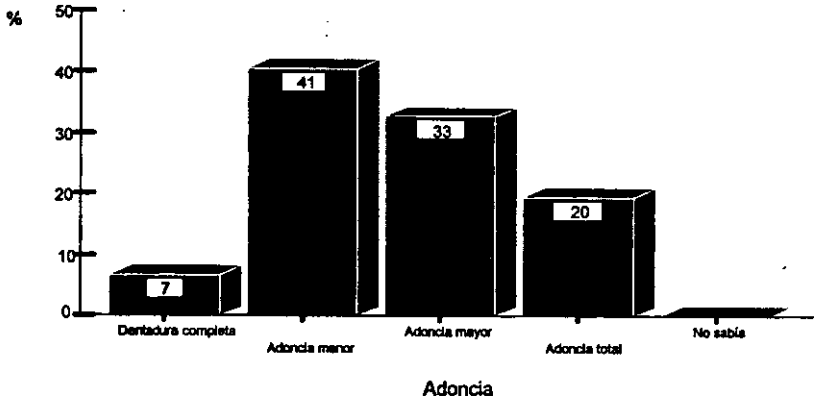
Grado de adoncia presente en los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Grado de adoncia	Frecuencia
Dentadura completa	25
Adoncia menor	151
Adoncia mayor	122
Adoncia total	73
No sabía	1
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Grado de adoncia presente en los ancianos*

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Existe una correlación inversa entre la edad y la frecuencia de los diferentes grados de adoncia^b. Conforme la edad es menor, la proporción de ancianos con adoncia menor es mayor, y conforme aumenta la edad, ésta disminuye, y la adoncia mayor y la total aumenta. En promedio, la adoncia total se empieza a presentar en más de la tercera parte de la población a partir de los 70 años.

Más de la mitad de la población total usaba algún tipo de prótesis (56%). Del total de ésta, 52% mencionó problema para la masticación por su uso, con diferentes grados de dificultad: siempre, 7%, muy a menudo, 5%, a menudo, 17% y muy pocas veces, 23%.

7.2.4 Actividades del diario vivir

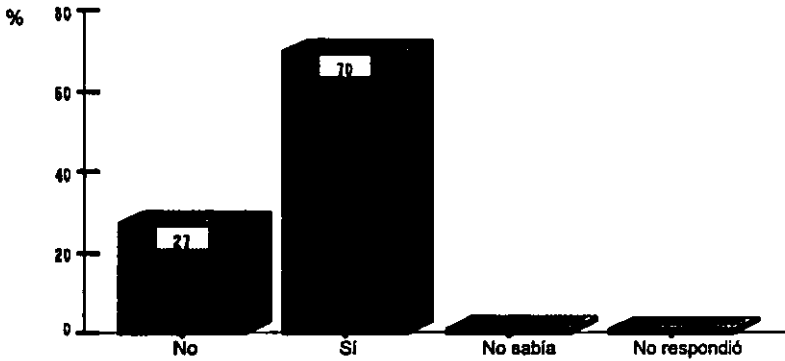
84% (promedio porcentual) de los ancianos tenían posibilidades de realizar actividades de la vida diaria como: salir cerca de casa, preparar y comer sus alimentos, realizar labores domésticas, tomar sus medicamentos, vestirse, desvestirse, peinarse, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, usar el sanitario a tiempo y caminar sobre un plano parejo.

Con relación a llevar a cabo actividades que requirieran mayor esfuerzo, como salir lejos de casa, cortarse las uñas de los pies y tomar un camión; la posibilidad para realizarlas disminuyó a dos terceras partes.

En el caso de necesitar ayuda para alguna de estas actividades, poco más de la cuarta parte refirió no contar con ella. En el caso de recibir apoyo, el parentesco más frecuente de la persona que se los daba era el de hija (31%).

**Ancianos* que contaban con ayuda cuando lo requerían,
 para realizar las actividades del diario vivir**

Colonia Isidro Fabela, 1993



Contaba con ayuda

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Parentesco de la persona que ayudaba al anciano*,
 para realizar alguna actividad del diario vivir**

Colonia Isidro Fabela, 1993



Persona que le ayudaba

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

7.2.5 Utilización de servicios para la atención de la salud

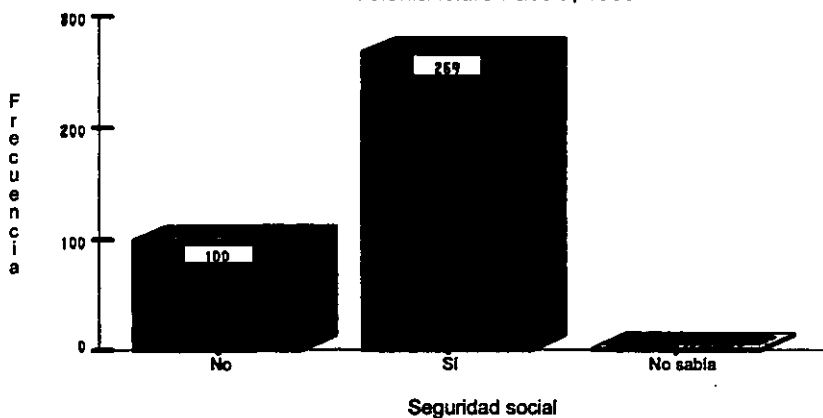
De la totalidad de los ancianos, la relación del derecho o no al sistema de seguridad social fue de cinco que lo tenía por dos que no contaban con él. Por género, la proporción de mujeres que no contaba con seguridad social fue similar a la de los hombres, 27% y 28% respectivamente. Por edad, en los tres primeros grupos aproximadamente el 30% de los viejos de cada grupo no tenía seguridad social. En el grupo de 75-79 años y de 90 años y más, la proporción de la población que contaba con seguridad social era de 90%, y en las edades que iban de 80 a 89 años, disminuyó al 50%.

Ancianos con servicio médico de seguridad social*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Seguridad social	Frecuencia
Sí	269
No	100
No sabía	3
Total	372

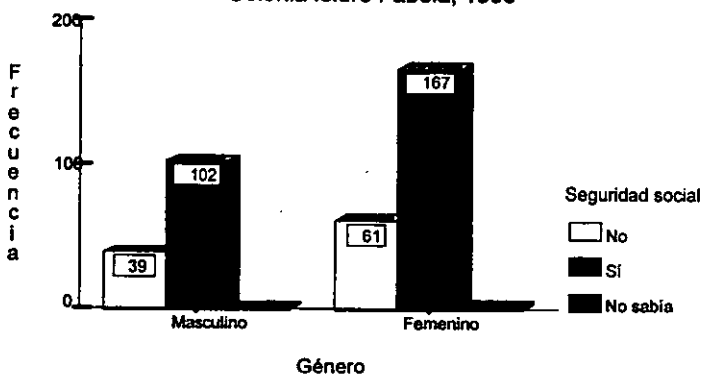
Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* con servicio médico de seguridad social
Colonia Isidro Fabela, 1993



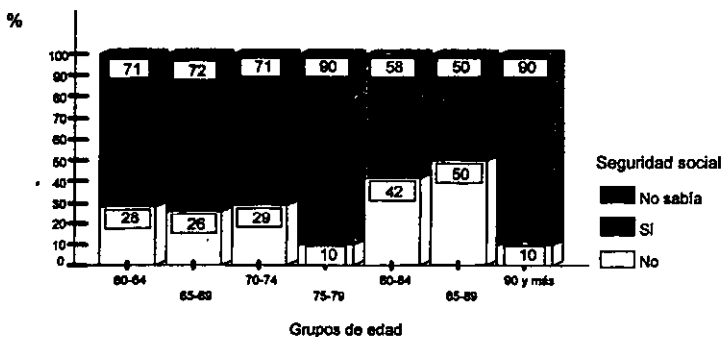
Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* con servicio médico de-
 seguridad social, según género
 Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Ancianos* con servicio médico de seguridad
 social, según grupos de edad
 Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

La distribución de la población por institución fue: 59% IMSS, 37% ISSSTE, 3% ISSFAM y sólo un anciano PEMEX.

**Institución de seguridad social a la que
tenían derecho los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993**

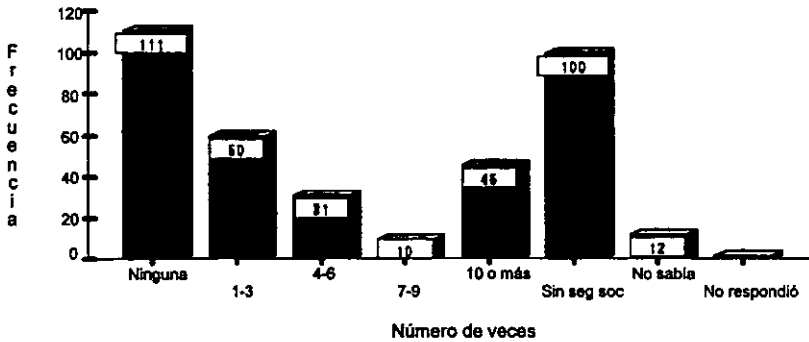
Institución	Frecuencia
IMSS	161
ISSSTE	100
PEMEX	1
ISSFAM	7
No sabía	3
No. derechohabiente	100
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Con respecto al uso del servicio, de los ancianos que refirieron derecho al IMSS, 87% lo utilizaba, de los afiliados al ISSSTE, 72% y de los derechohabientes del ISSFAM, 86%. De esta población, 41% refirió no haber utilizado el servicio al que tenía derecho en el último año, 22% asistió de 1 a 3 ocasiones, 11%, de 4 a 6 veces, 4%, de 7 a 9 veces, y 17%, 10 veces o más.

**Número de veces que los ancianos utilizaron * el servicio
médico de seguridad social en el último año**

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

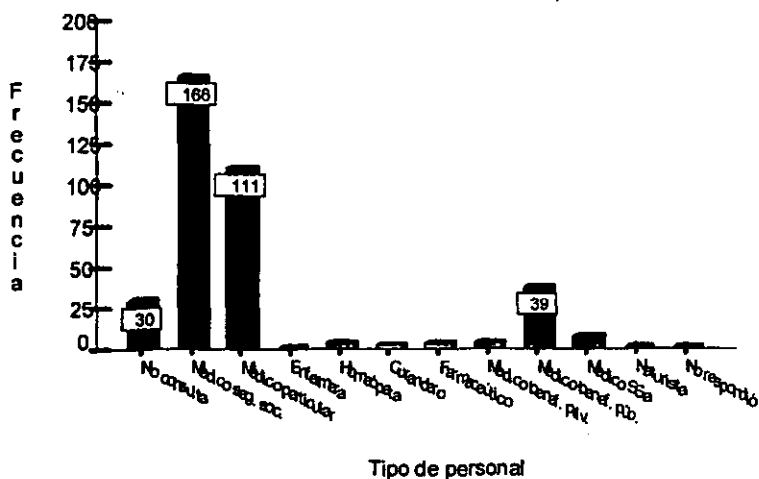
De acuerdo con el grado de satisfacción por el servicio brindado: 8% manifestó haber quedado muy insatisfecho, 18% insatisfecho, 66%, satisfecho y sólo 8% muy satisfecho. Entre los problemas que habían causado la insatisfacción estaban: la falta de obtención oportuna de la atención médica (36%), el trato recibido por el personal médico (21%), el acceso a los servicios médicos (20%), el trato del personal no médico (10%), la inexistencia de medicamentos (7%), el costo de los servicios médicos (5%) y la falta de confianza en los servicios (1%).

En caso de enfermarse y requerir atención médica, 8% refirió no acudir con alguien. De los que sí acudían, 96% recurrían a médicos (de éstos, 51% pertenecían a instituciones de seguridad social, 2% de atención a población abierta; 34% eran médicos privados; 12% médicos de beneficencia pública y 1% de beneficencia privada), y 4% profesionistas de medicinas alternativas (homeópatas, curanderos, y naturista entre otros) e inclusive paramédicos como las enfermeras u otros personajes como el farmacéutico.

Ante la necesidad de ser cuidado de manera continua por enfermedad, la persona que lo hizo fue: cónyuge o conviviente (40%), otro familiar (39%), personas no familiares (10%), hija (9%) e hijo (2%).

Tipo de personal de salud al que recurrían los ancianos,*
 de manera principal cuando necesitaban atención médica

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

La percepción de su salud dental fue referida como: muy buena (2%), buena (29%), regular (39%), mala (25%) y muy mala (5%). Con respecto a lo anterior, llama la atención que existía una relación casi de 1 a 1 entre los que la consideraban muy mala o mala con los que la consideraron buena y muy buena.

Para la atención dental acudieron con frecuencia tres veces mayor al servicio privado que al institucional de seguridad social. Otros servicios fueron: de la beneficencia pública (8%) y de la privada (1%); la solicitud al centro de salud y/o al centro universitario fue menor al 1%. Una cuarta parte de los ancianos que requería atención no acudió a ningún servicio.

Una proporción elevada de los ancianos mencionó que la atención dental recibida fue muy satisfactoria (7%) o satisfactoria (83%); 7% quedaron insatisfechos y 3% muy insatisfechos.

En cuanto ayuda para poder atender o remplazar su dentadura, 46% refirió necesitarla.

**Ancianos* que requerían ayuda dental
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Ayuda dental	Frecuencia
Si	171
No	201
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En cuanto al uso de algún aparato para su mejor funcionamiento como anteojos (lentes), audífonos, muletas etcétera, la mayor frecuencia de uso fue la de anteojos (lentes) (57%), bastón (10%), audífonos (2%); y todavía en menor proporción, silla de ruedas, muletas o andador.

En cuanto a necesitar ayuda para obtener o remplazar alguno de estos aparatos, con respecto a lentes, el 38% refirió necesitarla, otros aparatos fueron mencionados en una proporción, muy baja.

**Ancianos* que usaban anteojos (lentes)
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Uso de anteojos	Frecuencia
Sí	213
No	159
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Ancianos* que necesitaban ayuda
para obtener anteojos (lentes)
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Ayuda de anteojos	Frecuencia
Sí	142
No	230
Total	372

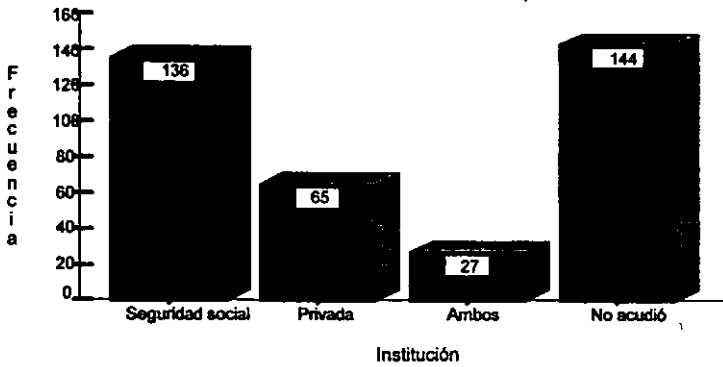
Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En relación con el uso de medicamentos, 83% de los ancianos mencionó hacerlo de manera regular. De éstos, 86% lo hizo bajo prescripción médica, 11% se automedicó y 3% a veces por prescripción médica y a veces por sí mismos. Sólo 22% refirió problema para comprar las medicinas, y para los pocos que contestaron afirmativamente, las razones fueron el precio o su inexistencia en el mercado.

7.2.5.1 Demanda de atención en los últimos seis meses

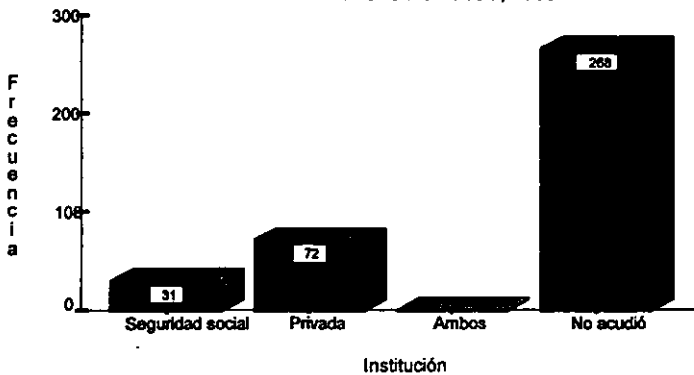
La demanda de atención en los últimos seis meses a partir del momento de aplicada la encuesta fue: de médico (61% de los ancianos), de dentista (28%), y de oculista 20%. La visita al médico de seguridad social fue dos veces más frecuente que al médico privado; 7.3% visitó a ambos profesionistas. Con el dentista acudieron dos veces más a nivel privado que de seguridad social, y 0.3% con ambos. Con el oculista por cada dos ancianos que acudieron al servicio de seguridad social, 3 solicitaron atención privada, y una baja proporción, ambos.

**Institución de la cual recibieron atención médica
los ancianos*, en los últimos seis meses**
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

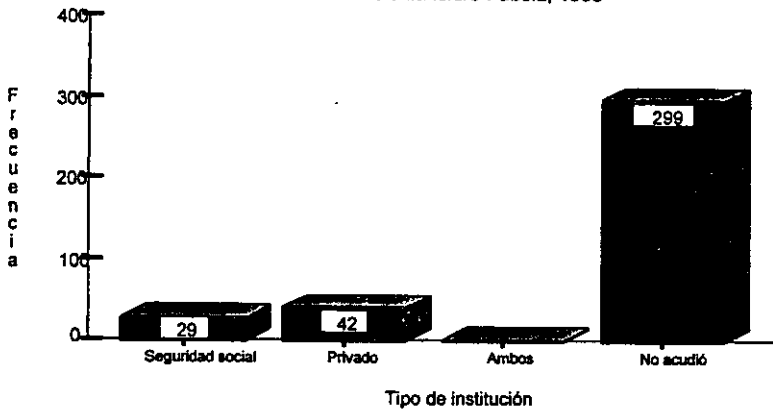
**Institución de la cual recibieron atención dental
los ancianos*, en los últimos seis meses**
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Institución a la que acudieron los ancianos* en los últimos seis meses, para recibir atención por el oculista

Colonia Isidro Fabela, 1993

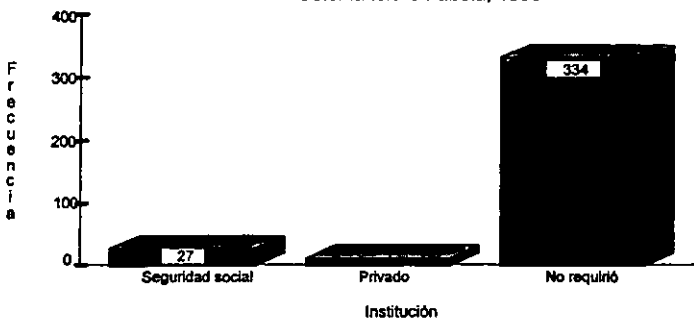


Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En cuanto a hospitalización, menos de la décima parte lo requirió. De los que lo necesitaron, lo hicieron en la institución a la que tenían derecho con mayor frecuencia que a nivel privado, en una relación de 5 a 2.

Institución en la que estuvieron hospitalizados, los ancianos*, en los últimos seis meses

Colonia Isidro Fabela, 1993



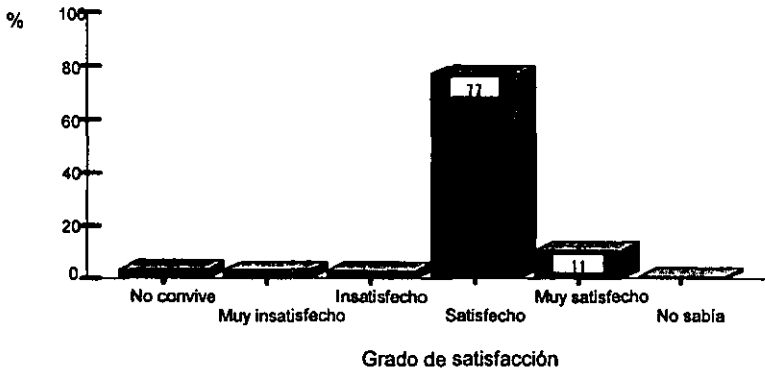
Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.2.6 Relaciones familiares y amistosas

77% de los ancianos manifestó que las relaciones con los familiares con quienes vivían eran satisfactorias, y 11% las consideró muy satisfactorias. Sólo 5% refirió no tener ningún tipo de relación con su familia. En mayor proporción mencionaron estar satisfechos con las relaciones que tenían con los familiares que no vivían con ellos (87%) y muy satisfechos (7%).

Ancianos* según grado de satisfacción
de la convivencia con sus familiares

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En cuanto al tipo de ayuda que les brindaban sus familiares se mencionaron entre otras, apoyo económico (48%), alimentación (42%); en labores domésticas poco más de la cuarta parte era apoyada. Llaman la atención que más de tres quintas partes mencionó contar con compañía y cuidado personal de parte de sus familiares.

Ancianos* que recibían apoyo económico,
por parte de sus familiares
Colonia Isidro Fabela, 1993

Apoyo económico	Frecuencia
Sí	177
No	195
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Ancianos* que recibían ayuda para su
 alimentación, por parte de sus familiares
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Ayuda alimentaria	Frecuencia
Si	155
No	217
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Ancianos* que recibían compañía
 y/o atención personal por parte de sus familiares
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Compañía y/o atención personal	Frecuencia
Si	228
No	144
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

En cuanto a la labor que los ancianos brindaban a sus familiares, resaltaban el apoyo en las labores domésticas (44%) y en la compañía o cuidado personal (55%).

**Ancianos* que ayudaban a sus
 familiares en labores domésticas
 Colonia Isidro Fabela, 1993**

Ayuda en labores domésticas	Frecuencia
Si	164
No	208
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Ancianos* que ofrecían apoyo de compañía
y/o cuidado personal a sus familiares
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Compañía y/o cuidado personal	Frecuencia
Si	203
No	169
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En cuanto a la relación con amigos, 28% refirió no tenerlos; del resto 88% mencionó mantener una relación satisfactoria y 7% la consideró muy satisfactoria; sólo 5% refirió algún grado de insatisfacción. En cuanto a las relaciones con los vecinos, 9% no se relacionaba con ellos, 89% se encontraba satisfecho, con la relación, y 5% muy satisfecho; el resto manifestaba algún grado de insatisfacción.

En cuanto a sus relaciones con amigos de confianza, llama la atención que 43% no tenía ninguno; en el resto, la proporción del grado de satisfacción era similar a lo descrito en los párrafos anteriores.

7.2.7 Tiempo libre

Las actividades que habitualmente desarrollaban en su tiempo libre se distribuyeron de la siguiente manera: 71% escuchaba radio; 84% veía televisión; menos de la tercera parte leía el periódico; y la cuarta parte, revistas o libros; más de la mitad recibía visitas. Respecto a la realización de actividades fuera de su casa, cuatro de cada 10 salían de paseo, más de la mitad, de compras o a caminar por el vecindario. Sin embargo, llama la atención que en una proporción similar los ancianos no visitaban a sus familiares, 70% no lo hacía con sus amigos y sólo una quinta parte acudía a reuniones sociales o comunitarias. Por otro lado, una alta proporción (71%) asistía a servicios religiosos, y sólo 12%, a algún tipo de espectáculo como el cine el teatro o conciertos, entre otros. En cuanto a deporte la décima parte asistía a actividades deportivas y sólo dos de cada 10 ancianos participaba en alguna. En relación con la realización de algún oficio, 22% hacía carpintería o jardinería, y 33%, tareas de costura, tejido o bordado entre otras.

De acuerdo a la satisfacción que les generaba la realización de esas actividades en su tiempo libre, 89% refirió estar entre satisfecho o muy satisfecho. Aunque la proporción de los insatisfechos era muy baja, se refirieron como principales causas de ello los problemas físicos y la falta de ánimo.

**Satisfacción con las actividades que habitualmente
desarrollaban los ancianos* en su tiempo libre**
Colonia Isidro Fabela, 1993

Satisfacción	Frecuencia
Muy insatisfecho	28
Insatisfecho	13
Satisfecho	290
Muy satisfecho	41
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.2.8 Uso de servicios sociales para ancianos

Con respecto al conocimiento sobre los servicios sociales que existen para su atención, casi dos terceras partes de la población refirieron no tener conocimiento sobre el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), y poco más de cuatro quintas partes desconocían el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

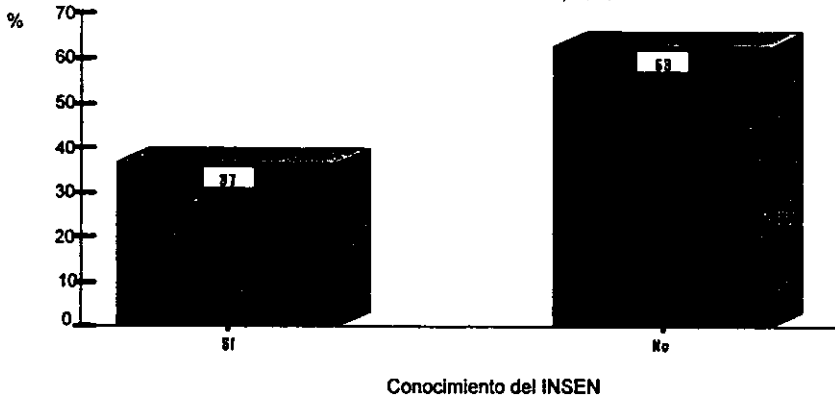
**Conocimiento de los ancianos* acerca de los
servicios que ofrece el INSEN**
Colonia Isidro Fabela, 1993

Conocimiento del INSEN	Frecuencia
Si	137
No	235
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Conocimiento de los ancianos* acerca de los servicios que ofrece el INSEN

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

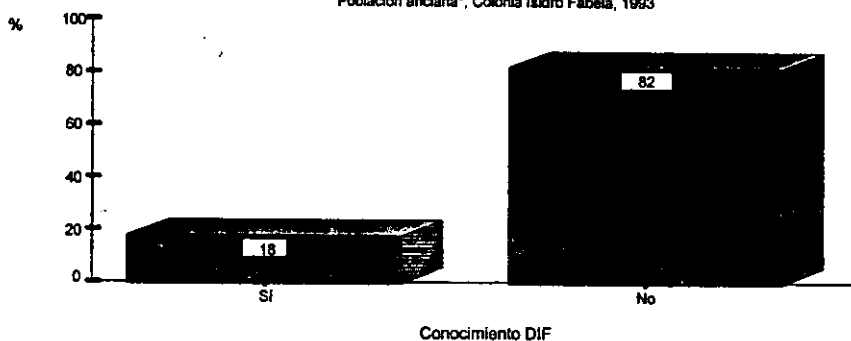
Conocimiento de los ancianos* acerca de los servicios que ofrece el DIF Colonia Isidro Fabela, 1993

Conocimiento del DIF	Frecuencia
Sí	64
No	308
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Conocimiento de los ancianos acerca de los servicios que ofrece el DIF

Población anciana*, Colonia Isidro Fabela, 1993

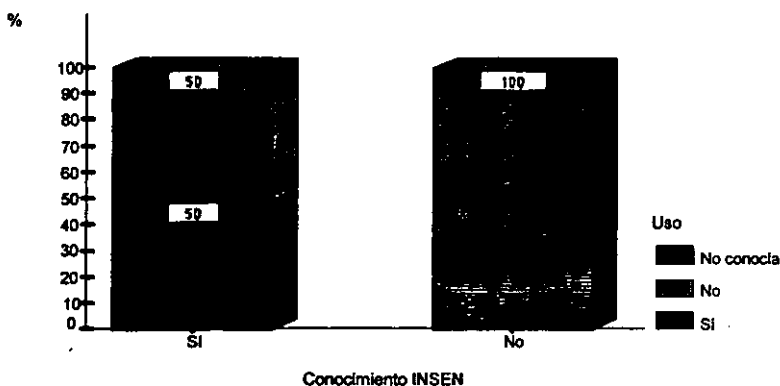


Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

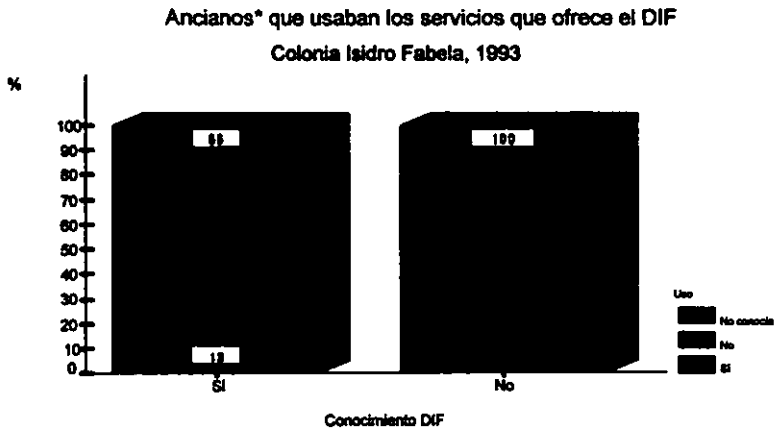
De los ancianos que conocía el INSEN, sólo la mitad mencionó haberlo utilizado; la mayoría había quedado satisfecho con el servicio. Con respecto al DIF, sólo 13 % refirió haberlo usado y haber quedado satisfecho con el servicio; los que refirieron insatisfacción mencionaron como causas de esto, dificultad para el acceso al servicio, costo y dificultad para obtenerlo.

Ancianos* que usaban los servicios que ofrece el INSEN

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.2.9 Vivienda y transporte

Vivienda

Casi la totalidad de las viviendas (99%) contaba con todos los servicios urbanos, con baño (96%), y cocina (95%). Por lo que toca a electrodomésticos 80% tenía refrigerador; 96%, televisión; 93%, radio, y teléfono 61%.

De acuerdo a las características físicas y materiales de su vivienda, menos de la décima parte mencionó algún grado de insatisfacción; esto generado entre otras razones por el costo de su manutención que incluía las contribuciones y el mal estado material.

Ancianos* según grado de satisfacción con la construcción y conservación de su vivienda

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

En cuanto a propiedad de las viviendas, 55% de los ancianos eran propietarios directos de ellas; este porcentaje aumentaba a 82, si se sumaba como propietarios a la o el cónyuge, conviviente y las propiedades comunes.

Ancianos* que son propietarios de la casa donde habitaban
 Colonia Isidro Fabela, 1993

Propiedad de la casa	Frecuencia
Sí	205
No	167
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

**Persona propietaria de la casa donde
habitaban los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Persona propietaria	Frecuencia
Propiedad del encuestado	205
Propiedad del cónyuge	59
Propiedad del conviviente	17
Propiedad común	26
Arrendada por el encuestado	5
Arrendada cónyuge-conviviente	5
Gratis casa arrendada por familiares	45
Gratis en casa arrendada por no familiares	9
Vive en casa de su hijo	1
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Transporte

Por lo que toca al transporte, poco más de la quinta parte refirió tener problemas con él, y ubicó como causas de ello: la falta del servicio, el alto costo, lo inadecuado de sus recorridos, problemas físicos del anciano para utilizarlo y la frecuencia con la que pasaba.

**Ancianos* con problemas en el transporte
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Problemas con el transporte	Frecuencia
Sí	81
No	291
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.2.10 Empleo e ingresos

Empleo

Una gran proporción de los ancianos no contaba con trabajo remunerado (83%). De todos los ancianos, 23% estaba buscando empleo.

Dos quintas partes de la población refirió tener razones económicas para trabajar. Más de las dos terceras partes deseaba trabajar.

Ancianos* que contaba con trabajo remunerado Colonia Isidro Fabela, 1993

Trabajo remunerado	Frecuencia
Sí	62
No	310
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* que buscaban trabajo remunerado Colonia Isidro Fabela, 1993

Búsqueda de trabajo	Frecuencia
Sí	84
No	288
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* que tenían necesidad económica de trabajar Colonia Isidro Fabela, 1993

Necesidad de trabajo	Frecuencia
Sí	152
No	220
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* que deseaban trabajar
Colonia Isidro Fabela, 1993

Deseo de trabajar	Frecuencia
Sí	252
No	120
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Pensión o jubilación

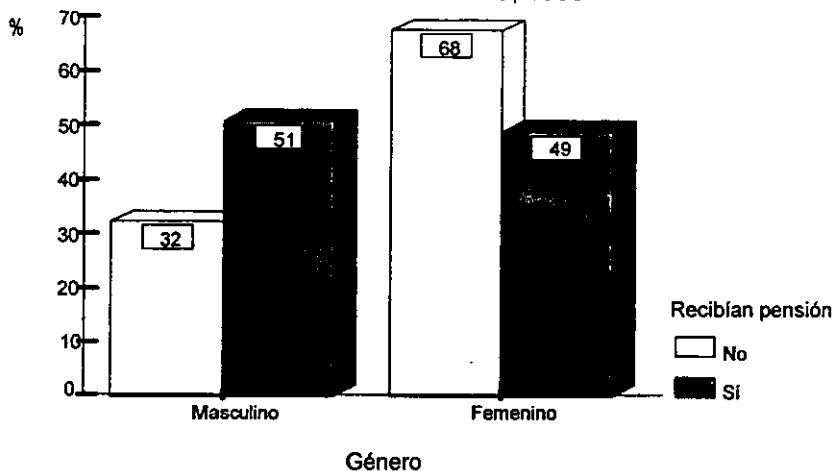
Sólo la tercera parte de los ancianos recibía pensión o jubilación; de ellos, 51% eran hombres y 49%, mujeres. Sin embargo, del total de las mujeres sólo la cuarta parte la recibían, y de los hombres, dos quintas partes.

Ancianos* que tenían jubilación o pensión
Colonia Isidro Fabela, 1993

Pensión o jubilación	Frecuencia
Sí	121
No	251
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* que recibían pensión, según género Colonia Isidro Fabela, 1993

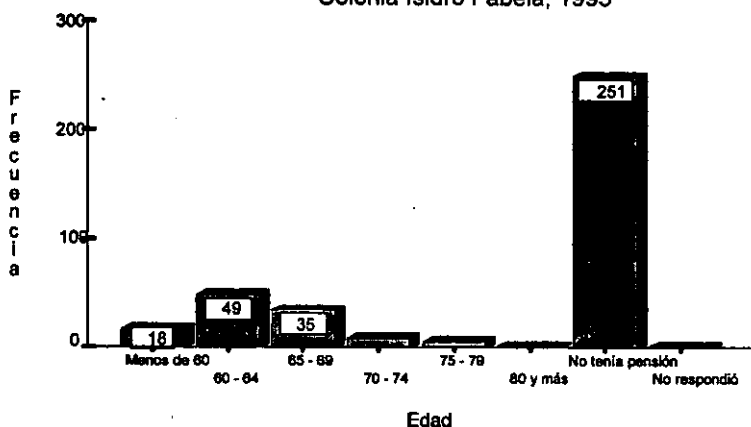


Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

La edad a la que obtuvieron la pensión o jubilación la mayoría (69%), fue entre los 60 y 69 años; 15% antes de los 60 años. Del total de cada grupo de edad, se encontró que entre los 60 y 64 años, 26% contaba con ella; de 65 a 69 años, 30%; de 70 a 74 años, 43%; de 75 a 79 años 37%; de 80 a 84 años, 29%; de 85 a 89 años, 50%, y de 90 y más años 60%.

Edad a la que se retiraron o jubilaron los ancianos*

Colonia Isidro Fabela, 1993

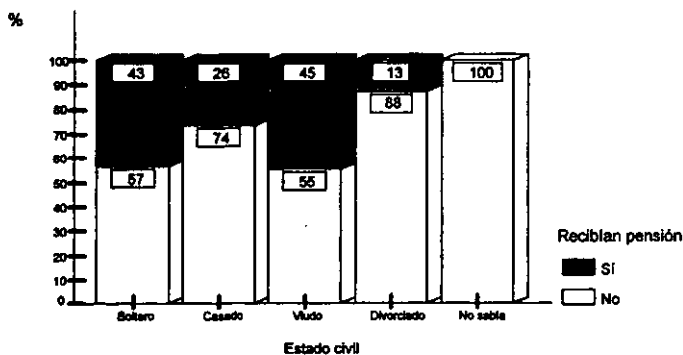


Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

De los que recibían pensión, 50% eran casados; 41%, viudos; 8%, solteros; y 1% divorciados. Del total de viudos, 45% la recibía; de los solteros 43% recibía; de los casados, 26%, y de los divorciados, 13%.

Ancianos* que recibían pensión, según estado civil

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

El tipo de pensión que tenía la población se distribuyó de la siguiente manera: vejez 39%, años de servicio 29%, viudez 26% e invalidez 6%.

Se observó que los hombres recibían pensiones por vejez, invalidez, y años de servicio; en mayor proporción que las mujeres (respectivamente 72%, 88%, y 62% frente a 28%, 12% y 38%). El total de los que recibían pensiones por viudez eran ancianas.

Ingreso

Poco más de tres cuartas partes de los ancianos recibía apoyo monetario mensual de manera regular; su origen era: 42% por pensión o jubilación, 35% de los hijos, 21% por parte del cónyuge o conviviente, 21% de salario o negocio propio, 6% de intereses o renta y 6% de otros familiares (el ingreso en algunos ancianos se conformaba por dos o más tipos).

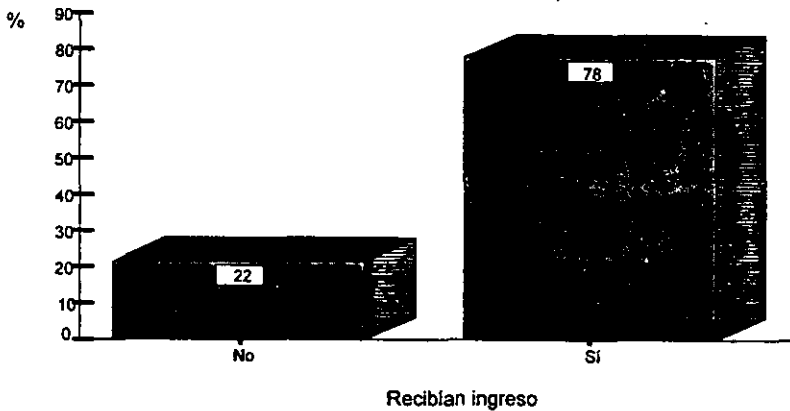
Anclanos* que contaban con ingreso monetario de manera regular Colonia Isidro Fabela, 1993

Ingreso	Frecuencia
Sí	291
No	81
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ancianos* que recibían ingreso de manera regular

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

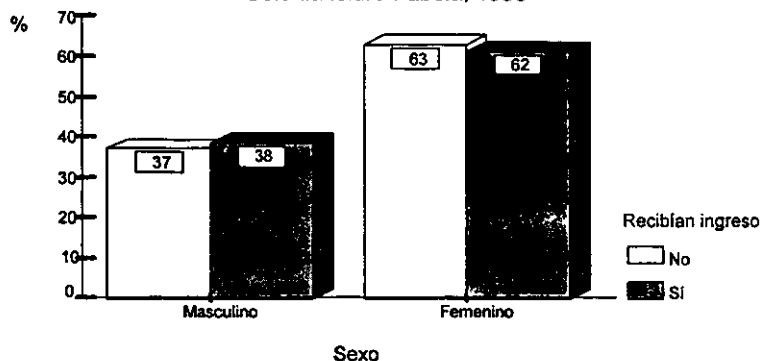
De toda la población, 63% de los que recibían algún ingreso pertenecía al género femenino y 37%, al masculino. Del total de ancianas, 79% lo percibía, y del total de ancianos, 78%.

De acuerdo con la fuente del ingreso, las mujeres recibían con mayor frecuencia que los hombres, aportaciones de otros familiares (94%), del cónyuge (91%), de sus hijos (75%), o por intereses o renta (59%). Los hombres percibían más ingresos por salario o negocio propio (63%) o por jubilación (58%)

Entre la población que tenía 60 y 64 años, sólo la décima parte no contaba con este ingreso. En edades posteriores, en promedio, poco más de la cuarta parte carecía de él.

Ancianos* que recibían ingreso de
 manera regular, según género

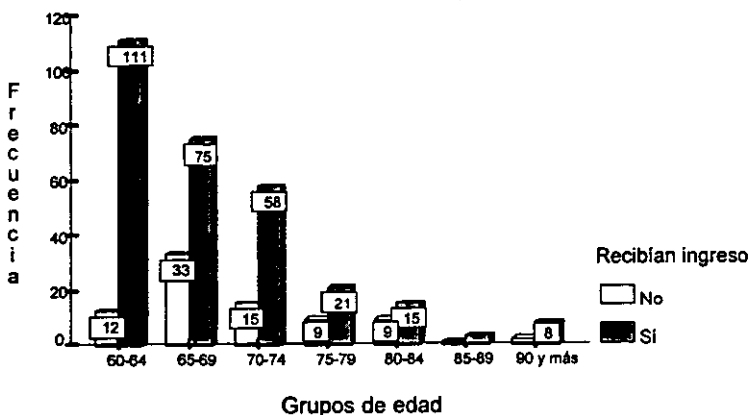
Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Ancianos* que recibían ingreso de
 manera regular, por grupos de edad

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

El ingreso mensual en pesos, que percibían de manera regular fue: hasta \$500.00, 59%; de \$501.00 hasta \$900.00, la quinta parte, y menos de la décima parte recibía más de esto.

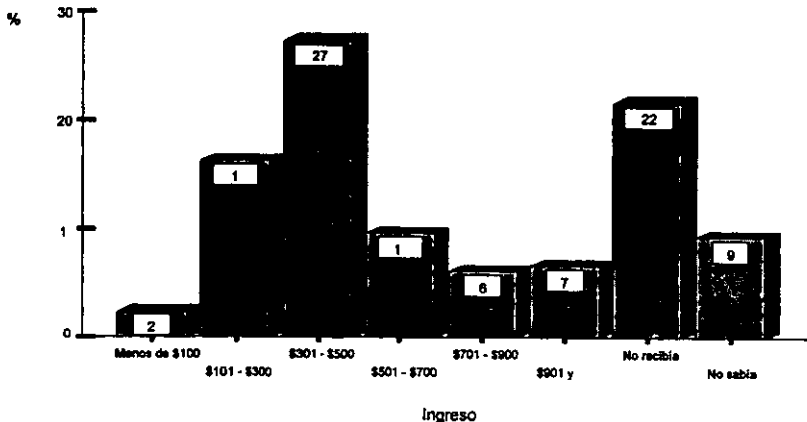
Ingreso mensual que percibían los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Ingreso mensual (pesos)	Frecuencia
Menos de 100	9
101 - 300	61
301 - 500	102
501 - 700	36
701 - 900	23
901 y más	25
No sabía	35
No percibía	81
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Ingreso mensual que recibían los ancianos*

Colonia Isidro Fabela, 1993



Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

Sólo 54% contaba con ingreso familiar. La aportación familiar se distribuyó de la siguiente manera: 48% hasta \$500.00, 29% de \$501.00 hasta \$900.00, y 23% más de

esto. El número de personas que se mantenía de este ingreso recayó con mayor frecuencia en las escalas de 1 a 3 personas (50%) y de 4 a 6 (25%).

Ingreso familiar mensual de los ancianos*
Colonia Isidro Fabela, 1993

Ingreso familiar mensual (pesos)	Frecuencia
Hasta 500	96
501 - 900	59
901 y más	46
No recibió	171
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

7.2.11 Necesidades y problemas percibidos

Opinaron que su situación económica comparada con otras personas de su misma edad era muy mala, 3%; mala 13%; igual, 40%; mejor, 29%, y mucho mejor 15%. Con respecto a si ésta les permitía satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, comida, salud, vestuario y transporte, sólo 2% refirió que muy bien; 38% bien; 49% regular; 9%, mal, y 2%, muy mal.

**Ancianos* según grado satisfacción, con que cubrían
 las necesidades básicas con su ingreso económico**
Colonia Isidro Fabela, 1993

Satisfacción de necesidades	Frecuencia
Muy mal	9
Mal	33
Regular	181
Bien	141
Muy bien	8
Total	372

Fuente: Encuesta directa
 * 60 años y más.

Con respecto al grado de satisfacción que les generaba la manera en que tenían cubiertas sus necesidades básicas se encontró, en orden de importancia: insatisfacción de necesidades económicas y de salud casi la cuarta parte; transporte (13%), sociales, (8%), alimentación (6%), vestido (6%), y vivienda (5%).

**Ancianos* según grado de satisfacción
de sus necesidades económicas
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Grado de satisfacción	Frecuencia
Muy insatisfecho	15
Insatisfecho	80
Satisfecho	268
Muy satisfecho	9
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Ancianos* según grado de satisfacción
de sus necesidades de salud
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Grado de satisfacción	Frecuencia
Muy insatisfecho	8
Insatisfecho	84
Satisfecho	274
Muy satisfecho	6
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

En cuanto a la existencia de problemas que con frecuencia enfrentaban los ancianos en su diario vivir, resultó casi una relación de 1/1 entre los que mencionaron tener problemas y los que opinaron no tenerlos. Los problemas eran por orden de frecuencia: 48% problemas de salud, 26% económicos, 11% familiares, 5% vivienda, 4% transporte, 3% soledad, 2% rechazo social y 1% falta de programas y servicios de salud necesarios.

**Ancianos* con problemas en el diario vivir
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Problemas en el diario vivir	Frecuencia
No	179
Sí	193
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

**Problema más importante que enfrentaban
los ancianos* en su diario vivir
Colonia Isidro Fabela, 1993**

Problema más importante	Frecuencia
Sin problemas	179
Económicos	51
Salud	93
Falta de servicios y programas de salud	1
Vivienda	10
Transporte	8
Familiares	21
Soledad	6
Rechazo social	3
Total	372

Fuente: Encuesta directa
* 60 años y más.

7.3 Fase III

Modelo de servicios de atención médica y de asistencia social para el anciano

Considerar todos los aspectos expuestos en los marcos teórico y jurídico así como en las políticas de salud, permitiría abordar el modelo de atención propuesto desde una perspectiva epidemiológica y administrativa más amplia (ver puntos 4 y 6.1). Por lo tanto, el nuevo enfoque de la atención de la salud debería verse reflejado en la definición de un modelo de atención, que estableciera programas integrales cuyas acciones pusieran énfasis fundamentalmente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

El establecimiento del modelo de atención se haría bajo los conceptos propuestos de atención integral, la cual está enfocada desde "la prevención y el bienestar, con una orientación holística" en el nivel de atención primaria. Los servicios deberían extenderse a la comunidad con la finalidad de atender, además de los pacientes que se acercan a la consulta, a aquellos en situación de riesgo en virtud del medio ambiente, el estilo de vida o la herencia (biológica), y retomar la idea de "la atención en la comunidad". Para su logro requeriría de la multidisciplina en los niveles interinstitucional, intersectorial y comunitario para facilitar la participación tanto de las instituciones prestadoras de atención médica, en sus tres niveles, como de las de asistencia social —sean éstas públicas, privadas o voluntarias—, de las instituciones educativas en su totalidad y de la comunidad de —manera individual y colectiva—, que ofrecen programas preventivos.

La promoción de la salud y la prevención constituyen una manera de dar respuesta a los cambios ocurridos en el sector y en los servicios en expansión. Los costos de la atención en los ancianos muestran un continuo aumento, lo mismo que los índices de ocupación hospitalaria por parte de éstos y el tiempo de internamiento. Al mismo tiempo, la tasa de sobrevivencia en el caso de muchas enfermedades crónico-degenerativas ha aumentado, y la población anciana es cada vez mayor. Estas dos últimas tendencias muestran una necesidad creciente de la prevención en el nivel secundario y terciario, por lo que la prevención y la promoción para los administradores de la salud es una forma de responder a éstos y otros cambios.

7.3.1 Justificación

En un país en donde la crisis económica se agudiza de manera periódica y su solución se encuentra muy lejana, no se puede pensar en establecer modelos de atención cuyas acciones impliquen grandes erogaciones económicas.

Desafortunadamente, como ya se describió, la población anciana es uno de los grupos más vulnerables, tanto por las características de la etapa que están viviendo como por la falta de acciones reales para el tipo de atención que requiere de los servicios de salud y de otros sectores.

Esto es originado en parte por las tendencias que tienen las políticas en un país como el nuestro, donde se relega a la población vieja por no ser productiva, pese a que la atención de la población anciana se encuentra plasmada en los documentos y se escucha en el discurso como una prioridad. La atención se dirige a las personas que "le reditarán en ganancias" al país (población joven y productiva), sin tomar en cuenta que los ancianos ya trabajaron durante toda su vida, y han pagado el derecho de ser atendidos sin ninguna restricción.

Por otro lado, a pesar de conocer las tendencias demográficas y epidemiológicas en la población, nuestro país no se ha preparado para contender con una población con un número cada vez mayor de ancianos. Esta población no puede considerarse sana, integralmente hablando, porque debido a la escasez de recursos humanos, materiales y financieros, no pueden solucionarse totalmente sus problemas orgánicos ni su situación económica y social.

Asimismo, para que los servicios que ofrecen atención a los viejos sean eficientes y eficaces, se requiere de disponibilidad, accesibilidad y una flexibilidad que les permita responder rápida y adecuadamente a las necesidades y situaciones diversas y muy frecuentemente cambiantes, que se presentan en esta población.

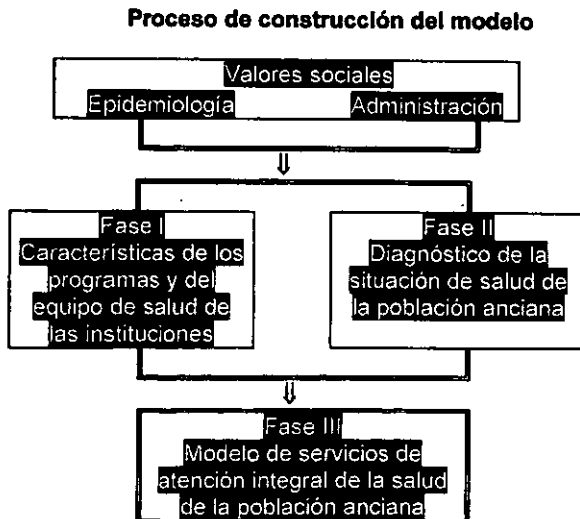
El avance del conocimiento en relación con el proceso de envejecimiento demuestra claramente que, cuando se logran las condiciones necesarias, los ancianos pueden alcanzar un grado de autonomía, independencia y bienestar que les permite continuar participando en forma activa en el desempeño y la organización de la sociedad, con una aceptable calidad de vida. Por ello, debe privilegiarse la atención integral de los ancianos, consistente en combinar efectivamente los servicios de salud y los sociales, así como los de otros sectores, con el objeto de promover el mantenimiento a domicilio, la autonomía funcional, y prevenir su institucionalización.

Lo anterior me ha motivado a idear un modelo de atención para los ancianos. Aunque puede parecer a primera vista que sus planteamientos rebasan las posibilidades que tiene México, tanto por mi profesión como por la ocupación que realizo y por ser un humano pensante, me doy cuenta que este país tiene una gran cantidad de recursos, pero existe falta de organización de los recursos existentes y de educación de la comunidad para contender con este problema.

Serían posibles medidas a tomar: reorientar las acciones del personal que se encuentra subutilizado y desorganizado en los servicios de salud; realizar acciones en el ámbito comunitario, como lo establecen las políticas de salud; y fomentar que para la formación de personal, los planes de estudios sean teórico-prácticos y realicen su práctica en escenarios reales, lo que beneficiaría tanto a los alumnos como a las comunidades. El servicio social sería un recurso más. Actualmente, sólo en medicina se exige a los pasantes ofrecer sus servicios a las comunidades más necesitadas; si el resto de las profesiones lo hiciera, las poblaciones contarían con un mayor beneficio. Concientizar a la comunidad sobre la importancia de su participación en la solución de sus problemas y en particular en la atención de los ancianos. Favorecería la obtención de recursos adicionales lograr la participación de organizaciones no gubernamentales interesados en el problema.

7.3.2. Fundamentación del modelo

El siguiente esquema representa las fases del proceso de construcción del modelo de atención integral para los ancianos:



Fuente: Lilia Macedo de la Concha

Los tres elementos fundamentales que se consideraron para realizar el estudio que permitió sentar las bases para la construcción del modelo fueron: los valores sociales, la epidemiología y la administración.

Con respecto a los valores, fue importante tomar en cuenta, que no basta con conocer las necesidades de atención que tiene una población para definir qué hay que hacer para resolverlas. La planificación de la atención debe considerar, además de esto, los valores sociales predominantes que tiene una población y que hay que respetar, para que las acciones que se realicen redunden en su bienestar. Para ello se consideró que la sociedad tiene una serie de valores acerca de los ancianos que buscan mejores niveles de vida, una existencia productiva, bienestar integral y la ausencia de enfermedades.

Junto a estos valores, y con los elementos teóricos y metodológicos de la epidemiología y la administración, desarrollé dos estudios (fase I y fase II), con los cuales se identificó la situación de salud de los ancianos de la colonia estudiada, y las características de los programas y del equipo de salud que atiende a dicha población.

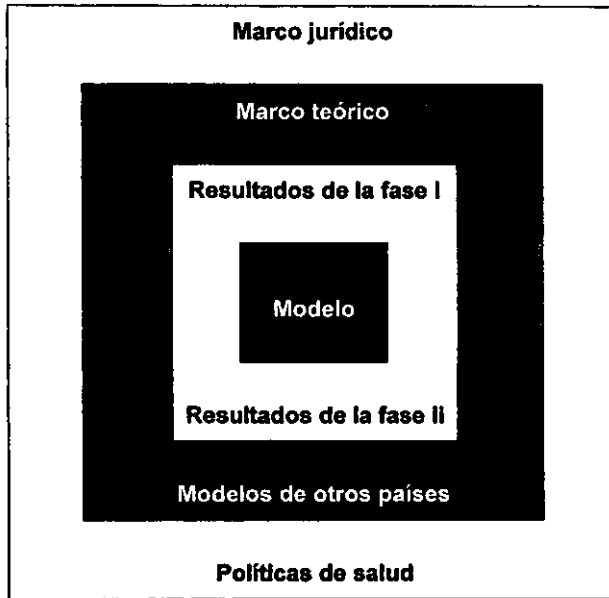
Ello sirvió de fundamentación para la construcción del modelo acorde con a las características de la población estudiada.

El modelo se construyó a partir de la teoría de atención integral planteada en este trabajo, y puede entenderse articulando tres etapas: a) la representación esquemática de los aspectos teóricos, b) la expresión de las condiciones factibles y viables para la atención integral de la salud de la población anciana, y c) la configuración ideal de la organización de esa atención como respuesta (modificado de Yurén Camarena, Ma. T.:1978).

Asimismo, el modelo se presenta como lo más cercano a la imaginación y a la experiencia. Éste relaciona lo abstracto de los valores sociales —calidad de vida, vida productiva, bienestar social y ausencia de enfermedades— con lo concreto de las necesidades identificadas y la respuesta organizada que se requiere para la cristalización de dichos valores. Como tal, puede someterse a comprobaciones empíricas con mayor facilidad (modificado de Yurén Camarena, Ma. T.:1978).

El modelo se estructuró a partir de los resultados de la fase I y II de este trabajo, del marco teórico establecido para esta tesis, de algunos aspectos de otros modelos de atención de ancianos desarrollados en otros países, del marco jurídico y de las políticas de salud mexicanas.

Elementos para la estructuración del modelo



Fuente: Lilia Macedo de la Concha

Los fundamentos conceptuales del marco teórico son los de: transición demográfica y epidemiológica, envejecimiento y envejecimiento exitoso, gerontología y geriatría, campo de la salud, atención integral multidisciplinaria y comunitaria en el marco de la atención primaria, así como accesibilidad y disponibilidad de los servicios.

Para la planificación del modelo se utilizaron los elementos teóricos y metodológicos de la epidemiología y la administración.

El aumento de la esperanza de vida y la disminución en la mortalidad general han generado entre otros aspectos un cambio en la estructura de la población, así como en el tipo de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia. En la actualidad existe un mayor número de personas de 60 años de edad y más, los cuales en una alta proporción presentan problemas principalmente de tipo crónico-degenerativo, además de los psicológicos y sociales que se generan en esta etapa de la vida.

Lo anterior se conoce como transición demográfica y epidemiológica, y sus tendencias muestran que para el año 2000 los ancianos representarán 6% de la población total, y para el 2025 casi 10%. De no modificarse las condiciones de vida en las cuales la población vive y se hace vieja, se tendrá como resultado que la mayoría de los ancianos vivirán con problemas de salud mucho más complejos que los que actualmente los caracterizan. Estas condiciones de vida, son consecuencia de los factores ambientales (en sus tres ámbitos, físico, biológico y socio-culturales) en los cuales se ha desenvuelto la población. Éstos determinan en los viejos sus características biológicas, así como su estilo de vida. El concepto de atención de la salud a partir de la enfermedad, también ha repercutido en las condiciones bajo las cuales llegan las personas a ser ancianas, ya que bajo este enfoque, la prevención en etapas tempranas de la vida se da de manera muy limitada.

Otro aspecto que ha afectado a los ancianos, es la idea que se tiene acerca del envejecimiento, el cual los ubica como personas deterioradas y enfermas por naturaleza, situación que no es real. El deterioro intrínseco propio de la vejez, no tiene que llevar ni a la enfermedad ni al deterioro psicológico o social; éstos se presentan cuando existen, como ya se mencionó, factores en su entorno que lo afectan negativamente.

Por ello el "envejecimiento usual", el cual se ilustra con lo anteriormente descrito, debería tender a modificarse por un modo diferente del envejecer, cuya meta a alcanzar sea lo que actualmente se conoce como "envejecimiento exitoso". Éste busca la modificación favorable de todos los factores antes mencionados en etapas tempranas y en la propia vejez, con la finalidad de observar sólo un decremento funcional atribuible al proceso de envejecimiento, que permita a los ancianos ser personas capaces de servirse a sí mismos, independientes y útiles a la sociedad.

El logro del "envejecimiento exitoso", implica, por lo tanto, que la atención de los ancianos se dé de manera integral, y que sus objetivos se dirijan a conservar en óptimas condiciones la salud de los ancianos. El fomento de la salud a través de la promoción de la salud, la prevención, la detección, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación, serían las acciones que se realizarían en el modelo. Se pondría énfasis en la educación para la salud, —en los niveles individual, familiar y comunitario— que promovería el autocuidado y la atención del anciano sano, enfermo y/o discapacitado así como, la concientización en la población joven sobre el envejecimiento exitoso.

Los enfoques que tendrían las acciones de atención serían, la gerontología como rama de la sociología que se ocupa del estudio de la vejez desde el punto de vista social, antropológico y biológico, y la geriatría como rama de la medicina que se ocupa del aspecto preventivo, curativo y rehabilitatorio de las enfermedades del anciano, con particular énfasis en el aspecto social de las mismas.

Las acciones deberían ser aplicadas bajo un concepto de salud integral. Para este fin se adoptaría el "concepto de campo de salud" de Dever, quien lo define como el resultado de la integración de cuatro aspectos denominados divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y organización de la atención de la salud. El autor

sostiene que los cuatro aspectos son igualmente importantes, por lo que su equilibrio logra un estado de salud adecuado.

La relación entre los factores que integran cada una de las divisiones primarias y el estado de salud de los ancianos, definen las características de la atención.

Los enfoques gerontológico y geriátrico requieren de un equipo multidisciplinario, entendido éste como un conjunto de profesionales de distintas disciplinas, integrados para trabajar en forma coordinada a fin de lograr la atención integral y comunitaria que se propone, respetando las características metodológicas de cada área del conocimiento y utilizando la información específica y resultante del trabajo de cada una de ellas. De manera ideal, el equipo debería estar formado por administradores, médicos generales, familiares, gerontólogos y geriatras, enfermeras, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas entre otros. Todos ellos con entrenamiento en los fundamentos y técnicas gerontológicas y geriátricas. Con la finalidad de actuar como interconsultantes en casos específicos, se deben unir a estos especialistas nutriólogos, ortopedistas, audiólogos, etcétera.

Con lo anterior, la atención tiene una orientación diferente, la cual modifica el concepto de mejorar la salud a partir de la enfermedad, por otro de conservar y fomentar la salud, atendiendo al estilo de vida, el medio ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud. La atención por lo tanto, debe ser integral y basada principalmente en la prevención.

La aplicación del modelo sería en el domicilio y la comunidad, siendo la atención primaria a la salud el marco para su desarrollo, por medio de un sistema de atención escalonado.

Bajo este marco, el modelo representaría entonces, el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud y los otros sectores.

Su aplicación requeriría además, de la coordinación interinstitucional que facilitara la participación tanto de las instituciones prestadoras de servicios de salud (en sus tres niveles de atención), con las de asistencia social —públicas, privadas y voluntarias—. Sería necesaria la participación de los sectores gubernamentales y no gubernamentales (ONG), interesados en el problema, en las áreas de educación, trabajo, vivienda, transporte y ambiente. Así mismo se debería propiciar la participación de la propia comunidad.

Reiteradamente se ha mencionado que los ancianos requieren de una atención que responda a sus necesidades. Los viejos refieren necesidad y deseo de ser atendidos; que se ve condicionado por las creencias que tienen acerca de la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y la incapacidad.

Considerar, por lo tanto, todos los factores que favorecen u obstaculizan la búsqueda de la atención médica por los ancianos, permitiría que la disponibilidad y el acceso a ella fueran acordes con sus necesidades.

Para el modelo, los conceptos de Donabedian y Frenk acerca de la accesibilidad, deben facilitar el uso de los recursos con que contaría, entendiendo la accesibilidad como "el grado de 'ajuste' entre las características de la población y la de los recursos de atención a la salud" (Donabedian, A. 1973). Frenk plantea como definición formal de accesibilidad "el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención" (Frenk, J: 1995, p 443).

Este autor además menciona, que el acceso a los servicios se ve obstaculizado por razones ecológicas, las cuales se originan por la localización geográfica de los servicios, con sus repercusiones de tiempos y distancias de transporte, que si lo anterior es un obstáculo para la población en general, para el anciano lo es más. Otro obstáculo es el económico, el costo de la atención, igual que el ecológico en los ancianos es un problema, por las condiciones económicas en las que viven. Finalmente los obstáculos de tipo organizativo —, los cuales se dividen en obstáculos de entrada, al interior y los concernientes a la salida de las clínicas o de los hospitales — en los viejos resultan un problema muy serio, si los servicios no responden a sus necesidades. Así se les cita dos horas antes de otorgarles la consulta; los espacios físicos y materiales donde ésta se otorga no son acordes con su situación física, como subirse a una mesa de exploración que se les dificulta enormemente; aunque tengan derecho a los medicamentos, es común que éstas no se encuentren en los cuadros básicos; finalmente no se investiga la comprensión de las instrucciones para el tratamiento, el que en muchas ocasiones no les queda claro.

Otro problema frecuente de los servicios es su "disponibilidad" el cual se relaciona con la capacidad que tienen los recursos para ofrecer servicios, en términos de utilidad y adecuación con las necesidades de los ancianos. La razón para relacionar ambos conceptos, accesibilidad y disponibilidad, es que el "grado de ajuste" antes mencionado no se da en el vacío, sino en el contexto de los recursos disponibles en una área geográfica.

Lo anterior justifica el planteamiento de que el modelo tendría que aplicarse en el domicilio y la comunidad.

En conclusión, después de considerar los aspectos del marco teórico, se abordaría para el modelo una perspectiva epidemiológica y administrativa. En la definición del modelo de atención, debería verse reflejado el establecimiento de programas integrales, con un enfoque gerontológico y geriátrico, con acciones multidisciplinarias, interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias, que enfatizarían la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con la meta del envejecimiento exitoso.

Se considerarían las cuatro divisiones primarias del campo de la salud. Su aplicación fundamental sería el domicilio y la comunidad, lo que favorecería la accesibilidad y

disponibilidad de los servicios. La participación del viejo en su autocuidado sería fundamental; así como la colaboración de la familia y la comunidad, tanto en el apoyo a sus ancianos como en la concientización de la población joven acerca del envejecimiento exitoso.

Las políticas internacionales coinciden con los principios de "dar más vida a los años que se han agregado" y de cuidado e independencia, para lo cual las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental, emocional y social, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

En México, uno de los principios fundamentales de justicia social y de equidad es la protección a la salud (artículo 4to. de la Constitución Mexicana). El Plan Nacional de Desarrollo actual y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, además de señalar las estrategias para cumplir con el derecho constitucional, plantean privilegiar las acciones preventivas sobre las curativas.

Los modelos en otros países, sirven como base en algunas de sus características para la planeación de este modelo, entre ellas rescatar, que el mejor lugar en donde deben estar los ancianos es en sus hogares, de manera que se organicen los servicios para que el viejo pueda disponer y acceder a ellos, sin afectar su permanencia con su familia y dentro de su comunidad. Otros aspectos son el apoyo de la propia comunidad y de las organizaciones no gubernamentales para su atención.

Finalmente, la atención integral y multidisciplinaria prevalece en los diferentes modelos, y como la mejor opción se sostiene que el bienestar del viejo es un valor social indiscutible.

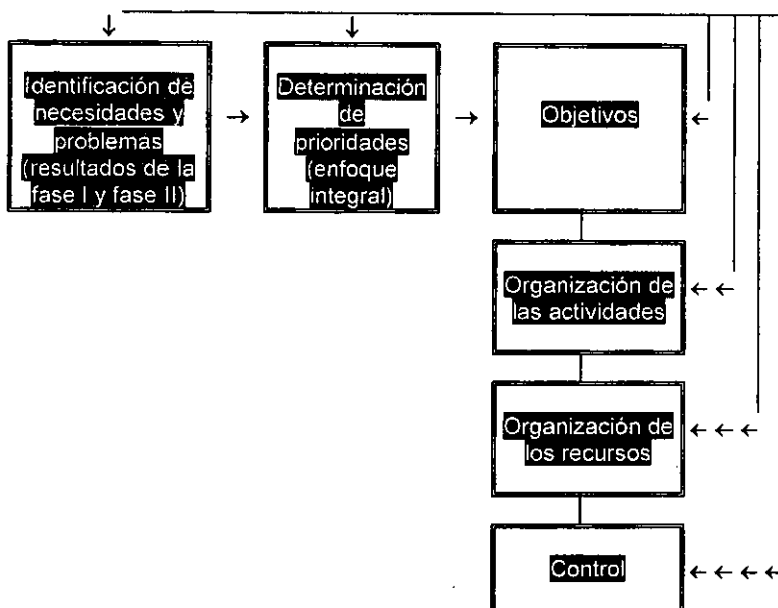
El esquema operativo del modelo propuesto se basa en los resultados del estudio y en las siguientes características:

- ◊ Se fundamenta en los valores sociales.
- ◊ Busca alcanzar el envejecimiento exitoso.
- ◊ Su marco es la atención primaria.
- ◊ Su orientación es el fomento a la salud en las cuatro divisiones primarias del campo de la salud: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de organización de la atención de la salud.
- ◊ Sus funciones son: la promoción de la salud, la prevención, la detección, el diagnóstico, la curación, y la rehabilitación de los daños de la salud.
- ◊ Sus modalidades de atención son: domiciliaria, comunitaria e institucional, y se favorece la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios.
- ◊ Su aplicación requiere de la planeación de programas los cuales se caracterizan por acciones multidisciplinarias, interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias, con enfoque gerontológico y geriátrico.
- ◊ Sus participantes son organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y, de manera primordial, los ancianos, sus familias y su comunidad.
- ◊ Utiliza y refuerza de los recursos existentes, humanos, físicos, y materiales, tanto de los servicios de salud, como los sociales y los de la comunidad.
- ◊ Utiliza los recursos humanos que se encuentran en etapa de formación en las instituciones de enseñanza superior (prestadores de servicio social), y en los servicios de salud (residentes).
- ◊ Se apoya en el marco teórico de esta tesis, en las políticas de salud y el marco jurídico del país, y en algunos modelos de otros países.

7.3.4. Planificación del modelo

Las etapas que se desarrollaron en el proceso de planificación del modelo fueron las siguientes:

Proceso de planificación del modelo



Fuente: Lilia Macedo de la Concha: modificado de Alan Dever, G. E.: 1991 (c).

Identificación de necesidades y problemas

Los resultados obtenidos de los estudios realizados en las fases I y II de este trabajo fueron la base de la determinación de problemas y necesidades que se detectaron en la población anciana, los cuales requieren ser atendidos por medio del modelo a proponer. A continuación se resumen los aspectos más relevantes de ambos estudios.

Resumen de la fase I

La delegación Tlalpan contaba con un número muy importante de instituciones de salud distribuidas en los diferentes niveles de atención, así como en la asistencia privada y pública.

El número de ancianos que dichas instituciones atendían mensualmente era considerable, y el primer nivel de atención y el tercero eran los que proporcionaban mayor atención a esta población. Algunos viejos acudían a instituciones de asistencia pública y privada.

Se refirió que el trabajo en equipo se realizaba en una proporción importante de las instituciones, aunque la capacitación sobre la atención del anciano aún era muy pobre.

El tipo de profesionistas que se encontraban trabajando para los ancianos era muy favorable, aunque se requería generalizarlo a todos los servicios de salud. Las profesiones eran: trabajo social, medicina general, enfermería, psicología, geriatría, odontología, medicina interna, nutrición, gericultura, psiquiatría, terapia física y terapia ocupacional, profesionales en gimnasia así como pasantes en trabajo social y personal voluntario.

Los servicios en el primer nivel de atención contaban con un equipo base, el cual estaba integrado por: médico general, enfermera y trabajadora social. En los niveles segundo y tercero, así como en la asistencia social y privada, no existía equipo base, y la diversidad de profesiones era mayor.

No todos los servicios de salud contaban con programas específicos para la atención de los ancianos (menos de la mitad). Llamaba la atención que, en la muestra estudiada, el segundo nivel no desarrollaba ninguno.

Las actividades que se desarrollaban en el primer nivel de atención eran en su mayoría de tipo preventivo, y en menor grado eran de tipo curativas y rehabilitatorias. El tercer nivel se caracterizó por hacer estas dos últimas. Las instituciones de asistencia pública realizaban programas de atención preventiva, y las privadas de atención rehabilitatoria.

Algunos programas se aplicaban permanentemente, y otros en forma variable de seis meses a un año.

Los objetivos comunes que compartían los programas, que eran congruentes con el concepto de atención integral del anciano eran: la incorporación del anciano a su ambiente, considerando los aspectos sociales, familiares y psicológicos; la atención de enfermedades y padecimientos, especialmente los crónico-degenerativos; la promoción de la terapia ocupacional, y la generación de fuentes de ingreso económico (esto último propuesto sólo por una institución).

En el primer nivel de atención, los médicos generales eran los responsables de la planeación de programas de educación para la salud, de las pláticas de educación y promoción para la salud y de la atención médica. Las enfermeras realizaban actividades administrativas, participaban en la elaboración de programas, y llevaban a cabo pláticas de promoción a la salud, capacitación y adiestramiento. Los trabajadores sociales realizaban actividades administrativas, entre otras, planeación, registro de actividades y supervisión (formación de grupos, pláticas, asesoría a usuarios, visitas guiadas, canalización de ancianos, capacitación y rescate de pacientes, trámites de INSEN, y estudios socioeconómicos y de casos); también llevaban a cabo acciones de promoción para la salud. Los psicólogos, terapeutas ocupacionales y odontólogos impartían pláticas en promoción para la salud, los últimos además ofrecían consultas. Los profesionales en educación física promovían actividades de acondicionamiento físico, y uno de los voluntarios ofrecía apoyo en la comunidad.

De los servicios de salud que contaban con programas para la atención del anciano, dos terceras partes tenían equipo y mobiliario propio para llevar a cabo sus actividades. Por otro lado, la mayor parte del financiamiento, era parte del presupuesto global. Una pequeña proporción tenía financiamiento específico y de otras fuentes, como patronatos y donativos.

Existía la coordinación con otras instituciones; éstas eran en orden de frecuencia: INSEN, SSA (Centro de salud "Castro Villagrana", y Hospital "Gea González"), PEMEX, SEP, ISSSTE, DIF, IMSS y el DDF.

Finalmente, dado que no existía homogeneidad en las acciones y que la cobertura era parcial, se puede decir que la atención integral del anciano era aún deficiente y que la acción de las instituciones en la comunidad era prácticamente nula. Por otro lado, los objetivos que se planteaban en los programas acerca de la atención integral no se reflejaban en las actividades y en las funciones que realizaba cada uno de los integrantes del equipo.

Sin embargo, los avances existentes servirían de infraestructura para el modelo que se plantea, por lo que deberían retomarse, reforzarse y generalizarse, para llegar a cumplir el objetivo.

Resumen de la fase II

La colonia en donde se realizó el estudio es considerada como urbana, y sus características geográficas y físicas favorecen el desarrollo del modelo planteado.

La mayoría de los ancianos que se encontraban en ella, tenían 60 y 74 años, con una distribución mayor de mujeres que de hombres.

Una gran parte sabía leer y escribir aunque su grado de escolaridad era bajo. Existían más hombres casados y más mujeres viudas.

Los ancianos vivían en general acompañados, ya fuera por su cónyuge y/o por sus hijos, y/o por sus nietos.

Muchos manifestaban estar satisfechos con la vida; en muy baja proporción se encontraban insatisfechos con su situación económica y su estado de salud. Las relaciones familiares, con amigos y vecinos eran adecuadas.

En su tiempo libre se mantenían ocupados con la televisión y la radio principalmente. La lectura y la realización de algún oficio eran practicadas en menor escala. Algunos salían a caminar, de compras, de paseo, a visitar a sus familiares o amigos e inclusive asistían a reuniones sociales o comunitarias aunque en menor proporción. La falta de ánimo y los problemas físicos fueron las causas mencionadas por la que ciertos ancianos realizaban actividades en el tiempo libre.

Su estado de salud podía considerarse de regular a bueno. Inclusive, algunos ancianos percibieron su salud como mejor que la de otras personas de su misma edad.

Muy pocos ancianos tenían más de un problema de salud. Las enfermedades con las que cursaban eran principalmente de tipo crónico-degenerativo; y en muy pocos casos limitantes para realizar sus actividades cotidianas. Otros problemas que presentaban eran: *hallux valgus* (juanetes), hiperqueratosis (callos) y paroniquia (uñas enterradas).

La salud oral si se encontró muy dañada en casi todos los ancianos. También presentaban alteraciones de la visión, y en menor proporción de la audición.

Contaban con el apoyo de algún familiar en caso de enfermar y requerir cuidados continuos.

Era una población que en su mayoría podía realizar las actividades del diario vivir, aun las de mayor esfuerzo.

Una alta proporción contaba con sistema de seguridad social. En el último año, poco más de la mitad requirió atención médica, en un rango que iba de una a diez ocasiones. Muy pocos ancianos requirieron ser internados en algún hospital.

La mayoría consideró satisfactoria la atención recibida por los servicios de seguridad social. En los casos de insatisfacción, las razones fueron principalmente debidas a, la falta de atención oportuna, el trato recibido por el personal médico y paramédico, y el acceso a los servicios.

En caso de enfermarse, casi siempre solicitaban ser atendidos por el médico; con mayor frecuencia el de los servicios a los que tenían derecho. En los casos de la atención dental y del optometrista (oculista), preferían la de tipo privada. La población que tomaba medicinas lo hacía casi siempre bajo prescripción médica, sin considerar problemas relevantes para su adquisición.

El tipo de ayuda que requirieron con mayor frecuencia fue dental y de anteojos (lentes).

Los apoyos que ofrecen el INSEN y el DIF eran poco conocidos y utilizados por los ancianos, quizá por problemas de disponibilidad y accesibilidad, así como de difusión.

Desde el punto de vista socioeconómico, sus viviendas eran bastante adecuadas, casi todas contaban con todos los servicios. Una gran proporción de ellas eran propiedad de los ancianos.

El transporte era problemático para una minoría; las principales causas de ello, eran el costo, lo inadecuado del servicio y sus recorridos, así como algunos problemas físicos de los ancianos.

Desde el punto de vista económico, era una población que gozaba de tranquilidad ya que además de ser propietarios de vivienda, recibían un ingreso de manera regular, aunque con un monto incongruente con sus necesidades reales.

Un importante número de ancianos consideraba la posibilidad de seguir trabajando; unos por el simple deseo de seguirlo haciendo y otros por razones económicas. Esta situación nos habla de una población en donde sus características de funcionalidad seguían siendo muy adecuadas para tener una actividad productiva, por lo que se confirmaba que la edad legal de la jubilación no es congruente con la funcionalidad de las personas.

Del mismo modo que en lo relativo a su salud y sus relaciones familiares, la población anciana percibía su situación económica como mejor que la de otras personas de su misma edad.

Sin embargo, una parte de la población mencionó enfrentar problemas en su diario vivir; en orden de frecuencia, mencionaron problemas de salud, económicos y familiares; en muy baja proporción, de vivienda, transporte, soledad y rechazo social; y aún en menor grado, de falta de programas para ancianos por parte de los servicios de salud.

El que la aplicación de la encuesta se haya realizado en el domicilio de los ancianos, permitió conocer las características de la población que se encontraba en sus hogares y en su comunidad, y no sólo lo que ocurría en las clínicas y los hospitales.

Dados los resultados de la encuesta, existe una amplia posibilidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios. Asimismo, el estudio realizado para conocer los programas con que cuentan los diversos servicios de salud de la delegación Tlalpan, a la cual pertenece dicha colonia, permite ubicar que existen posibilidades para establecer una coordinación de éstos con la comunidad e inclusive desarrollar nuevas acciones.

Los servicios que se ofrecerían tomarían en cuenta las necesidades observadas, y a mediano plazo, aquello que los ancianos sintieran y manifestaran en cuanto a satisfacción y autopercepción de su propia salud.

Por otro lado, la viabilidad del modelo que se propone se ve favorecida por las políticas actuales de salud y el marco jurídico que las respalda.

Determinación de prioridades

A partir de las necesidades y problemas detectados en el punto anterior, se determinaron las prioridades de atención.

La base de su definición está relacionada con el logro de la salud integral de los ancianos. Para ello, se consideró el concepto de "campo de salud" de Dever, ya mencionado anteriormente.

Esta idea se adapta mejor a una visión global de la salud y enfermedad, lo cual trasciende a un enfoque más equilibrado del desarrollo de la atención integral.

Además, el énfasis en ella es el cuidado de la salud, y prioriza la salud en lugar de la enfermedad. Lo que lleva a determinar que las prioridades de atención son dirigidas a mantener y fomentar la salud de los ancianos (la cual para la población estudiada es muy favorable de acuerdo con los resultados de la encuesta), y no sólo a dar atención a las enfermedades que éstos sufren, lo que implicaría un riesgo muy importante para toda la población que se encontró en condiciones favorables, ya que ésta no sería atendida.

Por lo anterior, las prioridades de atención no son un listado de enfermedades y problemas que se manifiestan en la mayoría de los ancianos, sino la unión de las características de las cuatro divisiones que integran el campo de la salud como se conceptuó anteriormente. En ellas deberían seguirse cuidando y fomentando los factores positivos manifestados por los viejos —baja frecuencia de soledad; de problemas emocionales, con el transporte, con la vivienda, e inclusive con la autopercepción que manifestaron con respecto a la satisfacción con su vida, su salud y su economía—, y habría que modificar los factores negativos —problemas de salud, falta de trabajo entre otros—.

Por ejemplo como se pudo observar, una proporción importante de ancianos refirieron no tener problemas de salud y aquellos que sí lo mencionaron, tenían sólo una

patología, en su mayoría sin gravedad. Una prioridad sería el cuidado preventivo que permitiera disminuir la incidencia del envejecimiento patológico, lo cual se favorecería con acciones dirigidas al fomento de la utilización del tiempo libre en la capacitación de algún oficio, el deporte o la lectura. También se promocionarían las buenas relaciones familiares, con los amigos y la comunidad; junto con la atención de los problemas de salud presentes (como los crónicos degenerativos, los odontológicos y los de los pies), y se buscarían financiamientos para despensas, anteojos y prótesis dentales, entre otros. Esto daría una orientación distinta a la jerarquización y a la atención de los problemas prioritarios de salud.

Finalmente las prioridades de atención enmarcadas en la idea de la atención integral, serían la justificación de los programas de salud que a partir de aquí se definirían, los cuales en sus propósitos considerarían el desarrollo de los valores sociales establecidos para los ancianos y se aplicarían en el marco del modelo atención que se propone.

Objetivo general

Conservar en óptimas condiciones la salud de los ancianos, en su hogar y en su comunidad, por medio de una atención integral orientada al fomento de la salud, y fundamentada en el desarrollo de los valores sociales que redunden en una alta calidad de vida, en la oportunidad de una vida productiva, en el bienestar social y la ausencia de enfermedad, con el propósito de lograr el envejecimiento exitoso.

Objetivos específicos

1. Establecer programas de atención integral, con enfoque gerontológico y geriátrico, de carácter multidisciplinario, interinstitucional, intersectorial y comunitario, dirigidos al fomento de la salud, que realicen las siguientes acciones: promoción de la salud, prevención, detección curación y rehabilitación de daños a la salud, en el marco de la atención primaria.
2. Establecer diversas modalidades de aplicación de los programas para ofrecer atención domiciliaria, comunitaria e institucional, para favorecer la accesibilidad y disponibilidad de los servicios, aplicando las dos primeras modalidades de manera prioritaria.
3. Establecer redes de vinculación con los diferentes sectores y organismos gubernamentales y no gubernamentales involucrados con la atención de los ancianos, así como con las instituciones formadoras de recursos humanos, para lograr dar un carácter integral de las acciones de los programas.
4. Establecer mecanismos de participación de los ancianos, su familia y la comunidad en la atención de su salud.
5. Evaluar de manera permanente el campo de la salud de los ancianos por medio de las cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de organización de la atención de la salud, que en este caso corresponde al modelo propuesto.

6. Promover acciones encaminadas al logro del envejecimiento exitoso en la población menor de 60 años de edad.

Organización de las actividades

El enfoque de los programas sería gerontológico y geriátrico. Para ello se requeriría de un eje rector que facilitara la organización de las actividades y recursos del modelo propuesto, el cual sería la multidisciplina, cuyo concepto se refirió en el marco teórico de este trabajo. Asimismo la esencia de la multidisciplina se aplicaría al trabajo interinstitucional, intersectorial y comunitario. Las disciplinas participantes serían definidas con base en las necesidades particulares de estudio y de atención de la población.

La fundamentación de los programas se basaría en las necesidades y prioridades de atención detectadas en la población estudiada. Se tendría que capacitar a los profesionales que participarían en su planificación y en su ejecución en todos los aspectos teóricos que se plantean en el modelo (ver esquema del modelo).

Para el trabajo multidisciplinario se integrarían equipos que contarían con profesionales en administración de servicios de salud, medicina general, medicina familiar, gerontología, geriatría, odontología, enfermería, trabajo social, psicología y fisioterapia, entre otros.

El ámbito de aplicación de los programas sería principalmente en el domicilio y en la comunidad, y se orientaría de manera prioritaria al fomento de la salud.

En el caso de enfermedad, sólo se recurrirá a la hospitalización o al uso de las clínicas o centros de salud si fuera indispensable. Para ello se determinaría el tipo de casos que se atenderían, en el domicilio, la comunidad o la institución.

Los programas buscarían una acción integral, por lo que deberían incluir dentro de sus acciones tanto la conservación de la salud física y biológica como la psicológica y la social, por lo que deberían existir acciones que se dirijan al uso del tiempo libre, la capacitación en algún oficio, el fomento del ejercicio y la recreación, entre otras actividades. El apoyo de parte de los sectores que favorecieran las características de la vivienda y las económicas; así como la incorporación del anciano al trabajo, serían fundamentales, lo mismo que la atención social y de salud que ofrecen los servicios de salud. La participación de los servicios sociales como el INSEN y el DIF en coordinación con la comunidad en general, tendría una gran relevancia.

Por lo tanto las acciones de los programas serían multidisciplinarias, interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias. Para ello se necesitaría estructurar redes de vinculación entre las diferentes modalidades de atención a nivel domiciliario,

comunitario e institucional, con las acciones, multidisciplinarias, interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias, que favorezcan la accesibilidad y disponibilidad de los servicios.

Además de los programas de conservación de la salud basados en las necesidades detectadas, se planificarán otros que fueran dirigidos a prevenir enfermedades infecciosas o accidentes, y en el caso de presencia de enfermedades crónico-degenerativas, a su control, sin perder de vista el enfoque integral.

Otros programas que deberían desarrollarse de manera muy importante, serían los dirigidos a la población joven, y deberían educar y orientar a ésta al logro del envejecimiento exitoso. La participación de la familia y de la comunidad en la atención de sus ancianos, sería una estrategia de concientización sobre el envejecimiento.

Se elaborarían instrumentos para llevar a cabo la supervisión y la evaluación continua del modelo de atención, tomando en cuenta el estilo de vida, las características biológicas, el medio ambiente de los ancianos y el propio modelo en forma integral. Se aplicarían mecanismos que permitan conocer el impacto de los programas.

A mediano plazo se establecerían sistemas de monitoreo de los aspectos antes descritos, con la finalidad de seguir la evolución de la población y evaluar el impacto del modelo de atención puesto en marcha.

Organización de los recursos

Se considerarían todos los recursos humanos, físicos y materiales con los que cuenta la población en la colonia, los de los servicios de salud, los de las instituciones y sectores involucrados en la solución del problema y particularmente se buscaría el apoyo de las instituciones de educación con estudiantes y pasantes en diferentes áreas.

Por ejemplo, los centros de salud y las clínicas de primer nivel de atención darían la atención a los ancianos ambulatorios y el cuidado domiciliario. Estos también llevarían el control de diabetes, hipertensión y artritis, entre otros problemas de salud.

Se contaría con una unidad geriátrica móvil para atender pacientes agudos y en rehabilitación, además sería el enlace con los hospitales y servicios asistenciales. En el caso de los consultorios, se deberían adecuar las características físicas para poder otorgar una atención acorde a las necesidades de los viejos.

La atención odontológica podría realizarse en los domicilios y en caso de existir necesidad de alguna placa de rayos x o cirugía, la unidad geriátrica móvil también podría ofrecer el servicio.

Se establecería la atención hospitalaria de día, como opción para los ancianos que así lo requirieran, con el objeto de mantenerlos en su ambiente en la medida de lo posible, sin que por ello se arriesgara su salud:

Se promovería la participación de asociaciones voluntarias que operaran con servicios comunitarios como comidas a domicilio, lavandería, auxiliares domésticas, clubes para realizar oficios en el tiempo libre, etcétera.

Los sectores de educación, trabajo, vivienda y transporte apoyarían con acciones en el mejoramiento de éstos aspectos encontrados en la población estudiada.

Recursos humanos

El administrador de servicios de salud sería el responsable de la coordinación del modelo, para lo cual mantendría actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población anciana, y por medio de éste evaluaría la aplicación de los programas de salud, orientando o reorientando las prioridades de atención de acuerdo con las necesidades, con la finalidad de destinar adecuadamente los recursos necesarios. Además, sería quien mantendría el vínculo entre los diversos participantes en el modelo.

El médico general o familiar sería el encargado de mantener la salud de los ancianos, tendría como responsabilidad la supervisión permanente del estado de salud de los viejos y establecería y buscaría, en coordinación con el administrador de servicios de salud, los canales para que el anciano obtuviera la atención necesaria de acuerdo con su caso.

El odontólogo daría la atención curativa en primera instancia y posteriormente la prevención.

La enfermera sería la responsable de ofrecer los cuidados necesarios a cada anciano, dependiendo de la patología que éste presentase (i.e. -control de la presión arterial en el caso de los hipertensos, y control de la glucosa, cuidado de las úlceras o la aplicación de la insulina, en el caso de los diabéticos. En el caso de ancianos que requirieran rehabilitación o fisioterapia que pudiera llevarse a cabo en su hogar apoyaría al fisioterapeuta en estas acciones. Su actividad debería coordinarse de manera muy estrecha con las del médico.

La trabajadora social se encargaría de evaluar las características de las familias con las que conviven los ancianos, así como los factores sociales relacionados con el estado de salud de éstos. Su actividad estaría vinculada con la del psicólogo y con los servicios sociales.

El psicólogo tendría a su cargo el mantenimiento de la salud mental de la población, y ofrecería terapias familiares y de grupo. Su actividad estaría asociada a las del médico y la trabajadora social.

Los servicios de salud tendrían bajo su responsabilidad el establecimiento de políticas que favorecieran tanto la disponibilidad como la accesibilidad a los servicios por parte de los ancianos. Se favorecería su atención inmediata e integral, de tal manera que si fuera necesario su internamiento, éste se haría sin obstáculos. También serían los responsables de establecer las actividades cotidianas del equipo de salud en la comunidad

Se contaría con prestadores de servicio social de nivel de pregrado de las carreras de administración, medicina, odontología, trabajo social, enfermería, fisioterapia, psicología, música y artes plásticas entre otros, para realizar las acciones de promoción de la salud y protección específica. También se promovería el apoyo de alumnos que realizaran estudios

de posgrado en estas mismas profesiones, con la finalidad de mejorar el modelo por medio de la investigación. Los residentes de medicina además podrían apoyar la atención médica.

Todos los integrantes del equipo multidisciplinario tendrían que coordinarse entre sí y con los organismos, instituciones y sectores participantes. Su ámbito de acción estaría definido por el marco de la responsabilidad establecida para cada profesión.

Control

El control se realizaría por medio de la medición de la eficacia, la eficiencia y la efectividad de la aplicación del modelo. Para ello se supervisarían y evaluarían el cumplimiento de cada uno de los objetivos de éste.

Las supervisiones y las evaluaciones de resultados se llevarían a cabo de la siguiente forma: En el primer caso de acuerdo a los tiempos en que se desarrollaran las acciones. En el segundo caso los resultados serían evaluados de acuerdo a los tiempos establecidos y con el cumplimiento parcial o final de los objetivos.

Preferentemente se haría una evaluación global que midiera el logro de los objetivos como causa de la realización de acciones integrales. Tanto la conservación de la salud como la modificación de ésta, se valoraría a partir de la medición conjunta de todos los factores involucrados en ella: estilo de vida, medio ambiente biología humana y organización de servicios institucionales y sectoriales.

Para valorar el impacto se harían mediciones a mediano y largo plazo con respecto a la salud de los ancianos, en la cual estarían incluidos los valores sociales que fundamentan el modelo.

Ventajas del modelo

Sus ventajas serían que la atención se ofrecería en el lugar más adecuado que es la comunidad de los ancianos, y que sus acciones se orientarían fundamentalmente a las necesidades específicas de la población al que se le aplicaría. En este caso la conservación de la salud será la acción de excelencia. En el caso de los viejos enfermos, la atención se llevaría a sus domicilios lo que evitaría el desubicar al anciano, siempre y cuando no fuera necesario su internamiento o su desplazamiento a los servicios de salud.

Disminuiría la aglomeración en la consulta externa, y disminuiría el bloqueo de camas a nivel hospitalario. Además de esto, se aprovecharían los recursos existentes en la delegación en donde se ubica la colonia en que habita la población estudiada, y ésta ofrecería un campo de formación y servicio para estudiantes de las diversas profesiones relacionadas con el área de la salud.

Se aprovecharía la infraestructura de recursos para la salud existente en la delegación de Tlalpan, a la cual pertenece la colonia "Isidro Fabela", procurando mantener a los ancianos en su ámbito domiciliario pero con los apoyos suficientes que les permitieran compensar sus deficiencias. Inclusive se propondría desarrollar a largo plazo, estrategias de mantenimiento a domicilio para ancianos de alta dependencia.

La viabilidad del modelo contempla como necesidades para su desarrollo las siguientes propuestas:

1. Establecer dentro de las políticas de salud que la atención a la población anciana es prioritaria, por lo que debe otorgársele la atención en cualquier clínica de atención pública (seguridad social o de población abierta), independientemente de la institución de salud a la que pertenezca. De esa manera, se evitarían problemas de disponibilidad y de accesibilidad geográfica y administrativa. Además se favorecería el funcionamiento de un sistema nacional de salud.
2. Deberá existir un órgano rector y normativo de la atención de los ancianos para la planeación, programación, ejecución y evaluación de las acciones gerontológicas, el cual además deberá favorecer la coordinación con los programas asistenciales.

En conclusión, para fines de la planeación de los programas integrales que formaran parte del modelo, de los resultados de los estudios debe rescatarse de manera prioritaria lo siguiente:

- En el aspecto biológico, las prioridades de atención detectadas en la población se encuentran fundamentalmente en la atención de los problemas de salud presentes en los ancianos: orgánicos, odontológicos, visuales y auditivos, que incluyen la necesidad de apoyo para la adquisición de anteojos (lentes) y prótesis dentales, entre otros.
- Por otro lado, la atención de los problemas emocionales detectados, así como la importancia de la utilización del tiempo libre, son otras de las necesidades que requieren ser atendidas en el aspecto de estilo de vida.
- Desde el punto de vista social, poder capacitar a los viejos en algún oficio, continuar con su educación formal, fomentar las relaciones adecuadas con los familiares, obtener apoyos económicos para los ancianos, así como la posibilidad de obtener trabajo remunerado, son de los aspectos que más atención requieren en su medio ambiente.
- Sin embargo, si bien es cierto que los problemas biológicos requieren de una atención prioritaria, se debe enfatizar la importancia que tiene cuidar la atención de los factores que son favorables para la salud de la población, por lo que la prevención y la promoción deben seguir siendo el enfoque central de las acciones de éste modelo.

Desventajas del modelo

- Se observe como un esquema rígido.
- Se aplique indistintamente a cualquier tipo de población, sin previo diagnóstico de ésta.
- No se alcance a comprender la esencia de cada uno de sus elementos.
- No se cuente con los recursos humanos capaces de su aplicación.
- Se comprenda su construcción como una moda y no como una respuesta de atención a necesidades específicas de una población.

8. Reflexiones finales

En un principio este trabajo tuvo como objetivo el establecimiento de un modelo teórico, pero con el paso del tiempo y las vivencias, este fin se convirtió en un compromiso personal: tanto en lo profesional, -médico y administrativo-, como en lo ético, en lo moral y en lo humano.

Me dio la oportunidad de aplicar y vivir en forma integral y en un caso concreto, los conocimientos y habilidades adquiridas durante los estudios de la maestría.

Dichos conocimientos y habilidades los tuve que ordenar y sistematizar para estructurarlos en una metodología útil para la planeación de los servicios de salud; específicamente para responder a las necesidades de un grupo real y particular de una población de ancianos mexicanos y dar origen a una propuesta de atención integral de esa población estudiada.

Otro aspecto valioso de la experiencia fue que si bien es cierto que la mayoría de los elementos de esta tesis fueron adquiridos durante los estudios de la maestría, no había tenido la oportunidad de integrarlos y vivirlos como una responsabilidad propia. En muchas ocasiones esos elementos se adquirían en forma aislada, por lo que su ordenamiento y sistematización personal me fue realmente formativo.

El modelo planteado fue el resultado de la aplicación de la metodología construida para responder a las necesidades específicas de una población, no sólo en la salud física, sino también en los aspectos psicológicos, sociales y culturales, así como en los laborales y los políticos.

Considerar esos aspectos fue fundamental para el estudio y solución integral de los problemas de salud, ya que existe la tendencia en nuestro país de que los programas se apliquen en forma fragmentada, sea en lo teórico- disciplinario como en lo operativo-institucional y sectorial.

¿Qué aprendí?

- Que el establecimiento de modelos no es una moda para aplicarlos de manera indiscriminada, independiente de las necesidades de una población.
- La necesidad de estudiar a la población de manera integral, de tal forma que la organización, funcionamiento y acciones que se realizan para la atención de la salud, deben responder a caracteres específicos.
- A transitar en el campo del conocimiento científico: desde la planeación de gabinete, la investigación bibliográfica, las asesorías, las entrevistas, la investigación de campo, y la comunicación de los resultados de un estudio.
- A incurrir en el campo de aplicación: en una población real, con características específicas.
- A incidir en el campo de aplicación de la administración: que toma en cuenta el problema (necesidades de la población anciana), y los recursos (humanos, materiales, financieros, de reclutamiento y de selección de personal, de adiestramiento, etc.) en cada una de las etapas de su proceso. Principalmente en la etapa de planeación, en la cual el establecimiento del diagnóstico de salud de la población y la determinación de prioridades de atención son necesarios para fundamentarse las acciones de atención a la salud.
- Que para estructurar un modelo se debe contar con un método previo que lleve al conocimiento de las necesidades y los recursos con los que cuenta una población, la posesión de un marco teórico que lo sustente, la experiencia de modelos aplicados en otros países y en el nuestro, así como la consideración del marco jurídico y las políticas de salud vigentes.
- Que un trabajo como este requiere tiempo y esfuerzo para lograrlo.
- La responsabilidad que se requiere en el aspecto personal, profesional, social y administrativo para su conclusión.
- Y finalmente aprendí a conjuntar los aspectos científicos, técnicos y metodológicos para la creación de una herramienta útil para la atención integral de la salud de la población anciana, cuyas necesidades en la actualidad no están resueltas.

9. Bibliografía

- Alan Dever, G.E.
1991(a) "Epidemiología y prevención". En: Alan Dever G.E. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, Maryland, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, pp. 1-26.
- Alan Dever, G.E.
1991(b) "Epidemiología y Política Sanitaria". En: Alan Dever G.E. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, Maryland, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, pp. 25-32.
- Alan Dever, G.E.
1991(c) "La epidemiología en la administración de los servicios de salud". En: Alan Dever G.E. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, Maryland, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, pp. 51-73.
- Álvarez Gutiérrez, R., Brown, M.J.
1983 "Encuesta de las necesidades de los ancianos en México". *Salud Pública de México*, 25 (1): 21-75.
- Banco Mundial
1993 "Invertir en salud". En: *Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington, D.C., julio 1993, 335 p.
- Barquín Calderón, M., Macedo de la Concha, L., Ortiz de la Huerta, D., Sandoval Aguilar P., Casas Torres, G., y Urbina Cedillo C.
1992 Modelo Asistencial, Docente y de investigación para la atención integral del anciano. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM. México, proyecto de investigación, 28 p.
- Barquín Calderón, M.
1993 "Las condiciones del envejecimiento". En: Sandoval ed. *La Atención integral del anciano*. México, DGAPA/ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, pp.2-6.

- Bashshur, R. L.
1982 "Objectives and format". En: Integrative seminar in medical care. Dept. of Medical Care Organization. Michigan.
- Departamento del Distrito Federal
1996 "Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal". México D.F., p.11.
- Crowdry
1962 "El cuidado del paciente geriátrico", Estados Unidos, pp. 135-271.
- De Nicola, Pietro
1985 *Geriatría*. México, Manual Moderno. 19 p.
- Devesa Colina, E.
1992 (a) "Características del anciano cubano". En su: *Gerontología y Geriatría*, La Habana, Científico Técnica.
- Devesa Colina, E., García Milian J., Rodríguez Fernández M., Machado Porro M., Carrasco García M., Dedeu Martínez A. y Seguí del Collado N.
1992 (b) "EL envejecimiento como problema". En: Primer encuentro Cuba-México en Gerontología y Geriatría, nov-dic, La Habana Cuba, documento de discusión, pp.1-12
- Donabedian, A.
1973 *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, Mass, Harvard University Press. p. 62.
- Fajardo Ortiz, G.
1995 "Tercera edad. Adulto mayor". En: *El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales*. México, D.F., Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, pp. 1-11.
- Frenk, J. y cols.
1994 "El peso de la enfermedad en México: un doble reto". En su: *Economía y salud*. México, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 99-112.
- Frenk, J.
1995 "El concepto y la medición de la accesibilidad". *Salud Pública de México*, 27 (5) pp. 438-453

- Galinzky, D.
1982 "Geriatría comunitaria" En: Szpirman comp. *Medicina familiar y salud comunitaria en Israel*. Beersheva, Centro de Estudios Cooperativos y Laborales/Asociación Israelí de Cooperación Internacional Gobierno de Israel, pp. 289-310.
- González- Aragón Gutiérrez, J.
1994 *Aprendamos a envejecer sanos*. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. México, B. Costa-Amic, 415 p.
- González Miers, M. R.
1993 "Envejecimiento en el mundo". En su: El proceso de envejecer en la edad adulta madura: ¿crisis o retos? (tesis). México: Universidad Iberoamericana, pp. 65-82.
- Gutiérrez Robledo L. M.
1990 (a) "El adulto mayor: aspectos preventivos". Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" documento mecanografiado, 13 p.
- Gutiérrez Robledo, L. M.
1990 (b) "Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México". *Salud Pública de México*, 32 (6): 693-701.
- Gutiérrez Robledo, L. M. y Martínez Arronte, F.
1993 *La salud del anciano*. México, Instituto Nacional de la Nutrición, versión preliminar.
- Ham Chande, R.
1993 "Radiografía del envejecimiento". En: *Envejece la población mundial*, Observador, 1: 30-32.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática
1990 (a) "Perfil Sociodemográfico". En su: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Estados Unidos Mexicanos, 100 p.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática
1990 (b) "Resumen general". En su: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Estados Unidos Mexicanos, p.8.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática
1990 (c) *Tlalpan. Cuaderno básico delegacional*. México.

López Austin, A.
1984

"La edad y el sexo". En su: *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México, Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM. Colección Etnología-Historia, serie Antropológica. num. 39, tomo I, 319 p.

Martínez Arronte, F.
1995

"El paciente adulto mayor con discapacidad". En: *El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales*. México, D.F., Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, pp. 143-151.

OMS-UNICEF
1978

Informe Final sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. URSS, septiembre, 22 p.

Organización Panamericana de la Salud
1983

Programa Regional de Salud del Anciano. Documento mimeografiado.

Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Demografía, Centro Internacional del Envejecimiento.
1992

Pronunciamento de consenso sobre políticas de atención en los ancianos en América Latina. Santiago de Chile, noviembre.

Ortiz de la Huerta, D.
1993

"Panorama socio-demográfico en América Latina". En: Sandoval ed. *La Atención integral del anciano*. México, DGAPA/ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, pp.7-15.

Poder Ejecutivo Federal
1995

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 173 p..

Rocabado Quevedo, F.
1993

"La salud del anciano de las Américas". En: Sandoval ed. *La Atención integral del anciano*. México, DGAPA/ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, pp.16-29.

Rosales L., Galván S., y Martín A.
1982

Encuesta Nacional de Invalidez. México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), documento mecanografiado.

- Rowe, JW., Kahn, RL.
1987 "Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237: 143-149.
- Secretaría de Salud
1989 *Veinte principales causas de morbilidad general*. México, Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud
1990 (a) *Principales causas de mortalidad general*. México, Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud
1990 (b) *Principales causas de mortalidad post-productiva*. México, Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud
1991 (a) "Egresos hospitalarios por grupo de edad" En: *Anuario Estadístico 1990*, México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud
1991 (b) "Egresos hospitalarios por grupo de edad, (hombres)". En: *Anuario Estadístico 1990*, México Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud
1991 (c) "Egresos hospitalarios por grupo de edad, (mujeres)". En: *Anuario Estadístico 1990*, México Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud
1992 (a) "Principales causas de mortalidad en edad post-productiva", En: *Panorama general de la mortalidad 1992 y su contexto más reciente*. México.
- Secretaría de Salud
1992 (b) "Proporción de defunciones de la población de 60 años y más de Distrito Federal, por tres grupos de causas de muerte y delegación política, 1990". *Estadísticas vitales*. México.
- Secretaría de Salud
1994 (a) "Perfil de salud de la población envejecida". En su: *Cuadernos de salud 1. La salud de la población avanzada. Un reto más hacia el futuro*. México, pp.14-29.
- Secretaría de Salud
1994 (b) "Servicios de salud para la población envejecida". En su: *Cuadernos de salud 1. La salud de la población avanzada. Un reto más hacia el futuro*. México, pp.30-36.

Secretaría de Salud

1994 (c) "Prólogo". En su: *Cuadernos de salud 1. Cobertura de los servicios de salud. El reto de la equidad*. México, pp. 9-11.

Secretaría de Salud

1995 "Propósitos, objetivos y estrategias de la Reforma del Sector Salud". En su: *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México Secretaría de Salud, 80 p.

Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal

1990 *Diagnóstico de salud jurisdiccional*. México, Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

Sir William Anderson, OBE, MD, FRCP.

1986 "Organization of Health Care Services for the Elderly". Scotland, *PERSPECTIVE, JAGS*, 34:240-244.

Swaroop, S.

1964 *Estadística Sanitaria*. México, Fondo de Cultura Económica.

Yurén Camarena, Ma, T.

1978 *Leyes teoría y modelos*. México, Trillas/Anuies, Serie: temas básicos, área de la metodología de la ciencia, no. 5, 95p.