



Propuesta de Plan de Trabajo **2023-2027**

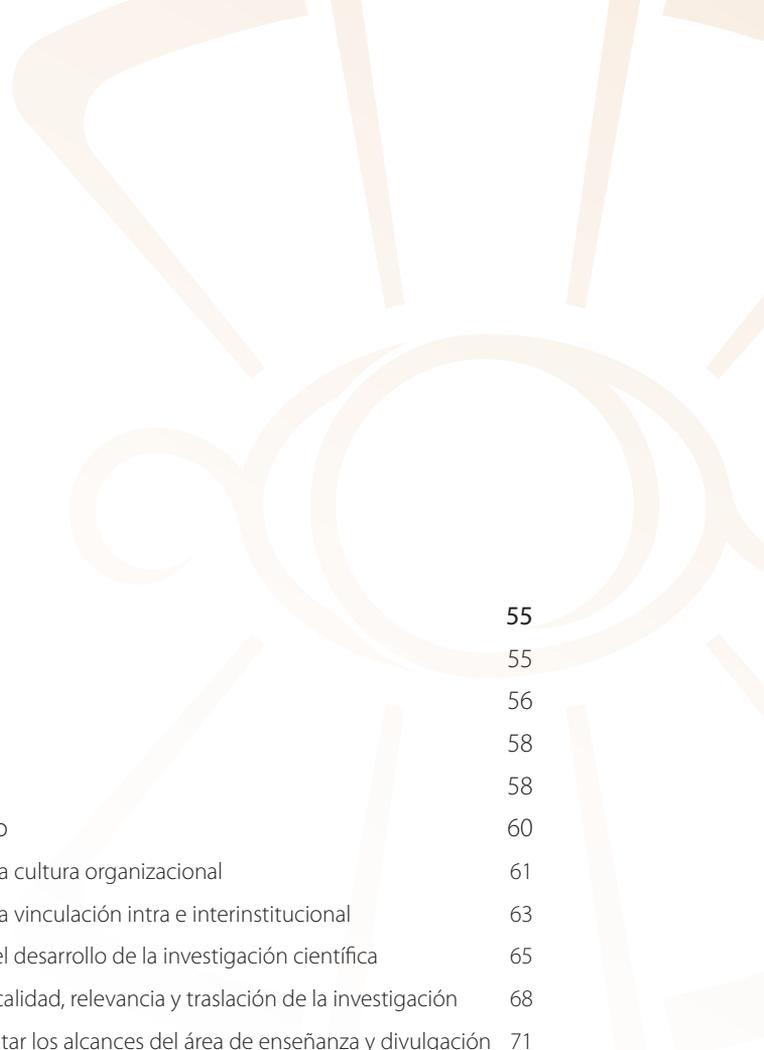
María del Carmen García Peña



*“Preservar el legado, enfrentar los desafíos
y consolidar la institución”*

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Presentación | 4 |
| Resumen ejecutivo | 5 |
| Mi trayectoria | 8 |
| Mis antecedentes en el InGer | 10 |
| ¿Por qué quiero ser Directora General del InGer? | 13 |
| Situación del envejecimiento en México | 15 |
| ▶ Aumento de la esperanza de vida | 15 |
| ▶ Perfil de morbilidad y mortalidad en adultos mayores mexicanos | 16 |
| ▶ Cuidados de largo plazo | 18 |
| ▶ Personal de salud para la atención a personas mayores | 19 |
| ▶ Conclusiones del estado de envejecimiento | 20 |
| Historia del InGer | 22 |
| ▶ Etapa 1. Diseño conceptual del Instituto: del 2007 al 2012 | 23 |
| ▶ Etapa 2. Establecimiento de la infraestructura: del 2013 al 2019 | 24 |
| ▶ Etapa 3. El avance del Instituto en la pandemia: a partir del 2020 | 26 |
| Situación del Instituto Nacional de Geriátría | 29 |
| ▶ Investigación | 29 |
| ▶ Enseñanza y divulgación | 48 |
| ▶ Atención médica | 51 |
| ▶ Procesos administrativos | 52 |
| ▶ Patronato del Instituto Nacional de Geriátría | 53 |



| | |
|---|-----------|
| Plan estratégico 2023-2027 | 55 |
| ▶ Marco normativo y legal | 55 |
| ▶ Misión y Visión | 56 |
| ▶ Valores y principios | 58 |
| ▶ Análisis estratégico del InGer | 58 |
| ▶ Estructura del Plan Estratégico | 60 |
| ● Eje Transversal 1. Fortalecer la cultura organizacional | 61 |
| ● Eje Transversal 2. Fortalecer la vinculación intra e interinstitucional | 63 |
| ● Eje Longitudinal 1. Afianzar el desarrollo de la investigación científica | 65 |
| ● Eje Longitudinal 2. Elevar la calidad, relevancia y traslación de la investigación | 68 |
| ● Eje Longitudinal 3. Incrementar los alcances del área de enseñanza y divulgación | 71 |
| ● Eje Longitudinal 4. Consolidar el programa de atención geriátrica ambulatoria | 75 |
| ● Eje Longitudinal 5. Agilizar y transparentar los procesos administrativos | 80 |
| ● Eje Longitudinal 6. Planeación estratégica | 83 |
| | |
| Alineación estratégica del Plan de Trabajo con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | 86 |
| | |
| Patronato del InGer | 104 |
| | |
| Consejo Asesor Externo | 104 |
| | |
| El futuro del InGer para los próximos cinco años | 105 |
| | |
| Resumen curricular | 107 |
| | |
| Referencias | 108 |

Presentación

Este documento pone a consideración mi propuesta de Programa de Trabajo en respuesta a la consulta para la selección del próximo Director(a) General del Instituto Nacional de Geriátría (InGer), emitida por el presidente de la Junta de Gobierno, el Doctor Jorge Alcocer Varela, el mes de Noviembre de 2022.

El documento integra en un primer apartado las razones por las que deseo dirigir el InGer, presento los antecedentes históricos del Instituto así como un análisis pormenorizado de la situación actual en los diferentes procesos sustantivos. Analizo también la situación del envejecimiento en nuestro país y cuáles son los retos más importantes para la sociedad en su conjunto y el sistema de salud en particular. Presento los ejes estratégicos, objetivos y líneas de acción que, por un lado, permitirán dar continuidad y fortalecer los logros alcanzados por el InGer y, por otro, darán inicio a las áreas que aún falta desarrollar con el fin de dar pleno cumplimiento a las funciones establecidas en su Decreto de creación.

Estos últimos años se han caracterizado por retos de enorme magnitud asociados con el envejecimiento, tales como: la acelerada transición demográfica, la transición epidemiológica -que ha convertido a las enfermedades crónico-degenerativas como uno de los principales factores de discapacidad y muerte-, la crisis en el sistema de pensiones, la menor disponibilidad de cuidadores, la pandemia por COVID-19, entre otros. En una sociedad con amplias brechas de desigualdad como la mexicana, estos retos acentúan las desventajas de grupos poblacionales específicos, tales como: las personas con bajo nivel socioeconómico y con bajo nivel educativo, las mujeres, los pertenecientes a pueblos originarios y las personas mayores. Es por ello, que el programa de trabajo de la próxima Dirección del InGer debe considerar los fenómenos asociados con el envejecimiento con un sentido social que no deje a nadie atrás y, por el contrario, priorice disminuir las brechas de desigualdad entre la población mayor en México.

DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA PEÑA



Resumen ejecutivo

Presento en este apartado una síntesis de mi propuesta de Plan de Trabajo “*Preservar el legado, enfrentar los desafíos y consolidar la institución*” en respuesta a la convocatoria para la Dirección General del Instituto Nacional de Geriátría (InGer).

Para la integración de este plan, hice un análisis crítico y reflexivo de la situación que guarda cada uno de los procesos sustantivos (investigación, enseñanza y atención médica) y adjetivos (administración y planeación) del Instituto; así como de los posibles puntos de mejora y las oportunidades de crecimiento.

Los pilares que sustentaron la creación del Instituto Nacional de Geriátría en 2012 se mantienen vigentes. Una de mis tareas es trabajar intensamente para que se preserve este legado de y para todos los mexicanos. Pero la Institución tiene desafíos que enfrentar para consolidarla como un centro líder nacional e internacionalmente en investigación, enseñanza y atención para la salud de las personas mayores.

Durante el año 2022, el InGer concluyó una etapa caracterizada por el establecimiento definitivo en un predio propio -que terminó con las vicisitudes de movilidad de un espacio a otro del personal del Instituto-, un récord de la producción científica (en publicaciones de revistas, libros y capítulos de libros), el cierre de varios proyectos de investigación y el inicio de otros nuevos, la puesta en marcha de proyectos de alcance internacional (como el Centro Colaborador OMS/OPS en Atención Integrada

para el Envejecimiento Saludable), se mantuvo el incremento sostenido de profesionistas y público en general que accedió y terminó los cursos y diplomados del Instituto, también se continuó con la divulgación del conocimiento sobre temas del envejecimiento a través de las redes sociales, el Boletín Informativo y diversos eventos (como la Jornada del Envejecimiento Saludable, participación en congresos nacionales e internacionales, entrevistas en la radio y la televisión, etc.) que permitieron que el Instituto evidenciara la gran relevancia que tiene dentro de la sociedad, entre otras múltiples labores más. Además, se obtuvieron algunas plazas que, con la obtención de los recursos humanos y financieros faltantes hará posible la puesta en marcha de la Unidad de Atención. Se inició además la Maestría ciencias de la salud con área de concentración en Gerociencia, siendo el InGer sede de la primera generación de profesionistas en investigación dentro de este campo.

Sin embargo, la institución -en su ruta infinita- aún tiene un trayecto por recorrer para ser uno de los principales centros líderes a nivel nacional e internacional en investigación, enseñanza y atención para la salud de las personas mayores.

Para *consolidar la institución* propongo el siguiente Plan de Trabajo que se realizará en el periodo 2023-2027, en el caso de que sea designada como Directora.

El Plan está compuesto por dos Ejes estratégicos Transversales, seis Ejes estratégicos Longitudinales, 46 estrategias y 149 líneas de acción. Los

Ejes Transversales permean a través de los Ejes Longitudinales y los robustecen.

Ejes Transversales

Estos hacen referencia al: Eje 1, Fortalecimiento de la cultura organizacional y al Eje 2, Vinculación intra e interinstitucional. El primero es relevante debido a la necesidad de que en el equipo exista compromiso, respeto y lealtad hacia la institución, en donde la cultura organizacional sea un impulso en la realización del trabajo cotidiano y no un motivo de conflicto. Está conformado por tres puntos: 1) la creación del sentido de pertenencia de los trabajadores al Instituto, 2) perspectiva de género y respeto a la diversidad sexual y 3) tolerancia cero a la corrupción y transparencia en la rendición de cuentas que deberán estar presentes y acatarse en todos los Ejes longitudinales.

El segundo Eje transversal hace referencia a la interconexión dentro y fuera del InGer, es decir, los diversos componentes que conforman el Instituto deben de comunicarse permanentemente entre ellos, con el fin de que sumen conscientemente en el alcance de las metas y objetivos propuestos. Una organización desconectada de su entorno está destinada al fracaso; el estrechar lazos y generar nuevas conexiones tiene que ser una premisa en cada ejercicio estratégico. Debido a ello, el reforzar y establecer vínculos es un objetivo para cada uno de los Ejes Longitudinales.

Ejes Longitudinales

Los seis Ejes Longitudinales contemplan las principales estrategias a seguir para preservar el legado, enfrentar los desafíos y consolidar la institución. El Eje 1, Afianzar el desarrollo de la investigación

científica, hace referencia a acelerar el impulso la investigación sobre el envejecimiento, apoyando a los investigadores en su formación, en la estructuración de su plan anual de trabajo y su monitoreo, promoviendo un ambiente crítico y de confianza en donde los canales de comunicación sean amplios y seguros; además de preservar y mantener la infraestructura dedicada para tan fin.

El Eje 2, Elevar la calidad, relevancia y traslación de la investigación, enfatiza en incrementar la producción científica de calidad que termine por impactar en la sociedad a través de la traslación del conocimiento. El Instituto tiene la enorme ventaja de que dentro de sus muros se realiza investigación básica, clínica, epidemiológica y social. Debemos aprovechar esa ventaja y trabajar intensamente en la transferencia de resultados a la sociedad y a los tomadores de decisión, entre otros actores.

Por otro lado, este eje también busca asegurar el financiamiento constante a esta área sustantiva del InGer.

El Eje 3, Incrementar los alcances del área de enseñanza y divulgación, propone diversas estrategias de innovación en la educación de mejora continua, incremental, revolucionaria y disruptiva que mejoren las actividades educativas actuales (cursos y diplomados, el Boletín Informativo, el centro evaluador de competencia en geriatría -CONOCER-, etc.). Se deben afinar otras para hacerlas más competitivas y efectivas (el aula virtual, ampliar la población objetivo de los recursos educativos, mejorar el impacto de los medios de divulgación del Instituto -redes sociales, participación en congresos y medios de comunicación en general-), iniciar nuevas que mejoren el proceso educativo (como la sala de simulación) y establecer rutas que guíen al InGer hacia un nuevo paradigma en educación para constituirnos en líderes en educación y formación en envejecimiento.

El Eje 4, Consolidar el programa de atención geriátrica ambulatoria, tiene con fin poner en marcha la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria bajo un modelo de atención centrado en la persona mayor. Esto requiere definir documentos presupuestales, estratégicos, de calidad sobre los servicios y de seguridad en el paciente. Además de aterrizar las características que esta Unidad debe de contemplar en su organización interna. El trabajo continuo en el mantenimiento y refinamiento de cada tarea y proceso de atención a la persona mayor, saldará la deuda del InGer con la sociedad mexicana, en cuanto a la provisión de servicios de salud, e impulsará un modelo de atención geriátrica que debe de ser tomado en cuenta -y diseminado- en todo el Sistema Nacional de Salud.

El Eje 5, Agilizar y transparentar los procesos administrativos, contempla la redefinición de ciertos procesos administrativos a fin de que apoyen y faciliten las demás áreas sustantivas del InGer (la investigación, la enseñanza y divulgación y la provisión de servicios de salud). Para ello se trabajará en el incremento presupuestal y del personal, la formación continua del mismo, la reestructuración de ciertas áreas (como la Subdirección de Planeación y el Departamento de Informática) y la creación de otras (como la Jurídica), que su ausencia genera retrasos y dificultades en el alcance de metas

y objetivos del Instituto. También, el Eje considera dar continuidad a la remodelación y habilitación de ciertos espacios arquitectónicos, como el auditorio, la biblioteca y el comedor.

Por último, en el Eje 6 denominado Planeación estratégica, planteo mecanismos de acción que tienen por objeto fortalecer la gestión a través de 1) la implementación, el seguimiento y la evaluación de las estrategias propuestas y; 2) la integración de equipos de alto desempeño para el monitoreo de los indicadores.

Teniendo presente que la permanente interacción y monitoreo permitirán dirigir y redirigir las actividades del Instituto a buen rumbo para alcanzar los objetivos propuestos, considero indispensable aprovechar áreas de oportunidad para simplificar tareas -mediante la implementación de las TICs-; para mejorar la gestión -a través de la formación de equipos altamente capacitados- y; para fortalecer la vinculación entre áreas y con Entidades Fiscalizadoras, para facilitar la coordinación de procesos administrativos -a través de la adopción de políticas y de prácticas que modernicen al área administrativa y a la gestión pública del Instituto-.

Estos 8 Ejes son la punta de lanza de mi Plan de Trabajo y mi mejor instrumento para llevar al Instituto Nacional de Geriátría hacia su consolidación plena.

Mi trayectoria

Me gradué de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) como médica en 1981.

Ejercí como médica general durante dos años, en aquel entonces en un programa de la Secretaría de Salud para áreas marginadas. Tenía a mi cargo un sector de población y trabajamos en conjunto con un trabajador social y una enfermera, pero me di cuenta que mi preparación como médico general no era suficiente para enfrentar los enormes retos de una población con grave rezago social. En ese año apareció el programa de especialidad de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y decidí aplicar porque estaba convencida que la atención primaria era fundamental para el sistema de salud. Completé mi especialidad en Medicina Familiar en 1986. En ese mismo año ingresé al IMSS como médica familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 de la Ciudad de México.

En 1991 me gradué como Maestra en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Gracias al apoyo del IMSS y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) pude irme al extranjero a estudiar el doctorado. En 2001, obtuve el grado de Doctora en Salud Pública y Envejecimiento en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Desde mi ingreso al doctorado, y hasta la fecha, mi tema de investigación y estudio ha sido el envejecimiento.

En el IMSS trabajé por 32 años. En los primeros años me desempeñé como médica familiar

y fui profesora adjunta y posteriormente titular del curso de especialización en medicina familiar (1986-1993). A partir de 1992 me fue asignada una plaza como investigador en la Coordinación de Investigación del IMSS. Posteriormente, ocupé diferentes cargos, entre ellos, Jefe de la División de Evaluación y Uso de Resultados de Investigación de la Coordinación Nacional de Investigación (2001-2003), Coordinadora Nacional de Atención Médica (2003-2004) y Jefa de la Unidad Nacional de Atención Médica en la Dirección de Prestaciones Médicas (2004-2006). En estos últimos dos cargos fui la primera mujer médica familiar en ocupar esas posiciones. Bajo mi responsabilidad directa estuvo el sistema de prestaciones médicas del IMSS a nivel nacional. Estuve a cargo de coordinar y supervisar 1,222 unidades de medicina familiar, 222 hospitales generales de zona y 36 unidades médicas de alta especialidad, responsabilidad que representó uno de los retos más grandes de mi carrera.

Bajo mi Dirección impulsé y puse en marcha diversos programas nacionales como el de evaluación del desempeño de las unidades de los tres niveles de atención, la implementación de un plan de atención gerontológico y el diseño de un programa para optimizar la atención prestada en medicina familiar. Este último contaba con diversos componentes como la mejora del desempeño técnico-médico, el establecimiento de un nuevo modelo de atención, el perfeccionamiento de todos los procesos de la atención y el desarrollo de un sistema de información integral; el sistema de información se



basó en el diseño, instalación y puesta en marcha del sistema de expediente clínico electrónico, lo que implicó la adecuación de reglamentos, capacitación nacional, infraestructura, negociación con el Sindicato Nacional, entre otros tantos retos.

Durante los últimos siete años en el IMSS (de 2007 a 2014), fui Jefe de Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Área de Envejecimiento. Esta Unidad se integró derivado de

mi propuesta en el año de 2004. En el momento en que decidí jubilarme del IMSS, la Unidad de Investigación estaba en plena consolidación y todos los investigadores que formaban parte de ella habían logrado ingresar al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

En el año 2015 me incorporé formalmente al Instituto Nacional de Geriátría, describo mi trayectoria en el apartado que prosigue.

Mis antecedentes en el InGer

A partir del año 2015, la Junta de Gobierno del InGer aprobó por unanimidad mi incorporación al frente de la Dirección de Investigación en este honorable Instituto. Posición que me ha permitido continuar mi trabajo, tanto desde la investigación como desde la administración pública federal, en torno a los retos futuros que debemos enfrentar como Institución, pero principalmente como país.

La situación en la que se encontraba la Dirección de Investigación en el InGer al momento de ocupar el cargo estaba, al menos en parte, relacionada a la problemática que enfrentó el Instituto en los años previos a mi llegada. Me encontré con una Dirección sin una estructuración clara, normatividad inexistente, procesos ineficientes, incorrectos y/u operados inadecuadamente, varios investigadores que no contaban con perfil adecuado, algunos otros dependían de laboratorios en instituciones externas para trabajar, entre otras situaciones.

Para mí el objetivo era claro: impulsar el talento para que los investigadores realizaran investigación científica sobre envejecimiento de la más alta calidad y con los más altos estándares éticos. Llevé a cabo una profunda reestructuración de todas las funciones de la Dirección, actualicé los manuales de organización y procedimientos, organicé las funciones por procesos e integré a nuevos miembros al equipo.

Los Comités de Investigación (CI), de Ética en Investigación (CEI), de Bioseguridad (CBS) y de Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL)

fueron integrados y registrados ante las instancias respectivas. La evaluación del desempeño de los investigadores fue incorporada de manera regular a través de monitorear la producción científica de cada miembro del equipo y de evaluaciones anuales de sus respectivos programas de trabajo. Se instalaron los Seminarios de Investigación que, desde el 2015 a la fecha, se han mantenido de manera ininterrumpida, con invitados de alto nivel y con la presentación de avances de los propios investigadores.

Durante mi gestión, logré poner en marcha dos laboratorios de investigación: la Unidad de Fisiología Integrativa (UFI) y estancia de animales y el Laboratorio de Biología del Envejecimiento (LBE). Además, se remodeló y actualizó el laboratorio de evaluación funcional del adulto mayor (LIEFAM). Los tres laboratorios (LBE, UFI y LIEFAM) cuentan con equipamiento de alto nivel. La puesta en marcha se logró gracias a los fondos obtenidos e implicó complejas tareas de gestión y administración que incluyeron la selección de equipamiento, la capacitación en nuevos procesos, el control y la supervisión.

Participar en diversos cuerpos colegiados del Instituto me ha permitido conocer y atender necesidades que van más allá de la Dirección a mi cargo. Contar, en la actualidad, con una visión integral del trabajo en equipo a nivel institucional ha sido producto de la experiencia y de los años de servicio en áreas estratégicas, de grupos de trabajo enfocados al control interno y a la administración de riesgos Institucionales; empero, pertenecer y ser integran-



te activa de diversos Comités, tales como el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Intereses (CEPCI), el Comité de Bienes Muebles, el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Comité de Obra Pública, el Comité Interno encargado de vigilar el uso adecuado de los recursos destinados a la investigación del Instituto Nacional de Geriátría, además de coordinar la rendición de cuentas ante la Auditoría Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud ha significado un reto constante y un estímulo para mejorar mi gestión, a través de la búsqueda permanente de mejores prácticas en la administración pública y partiendo de la identificación de áreas de oportunidad que repercutan en las dinámicas al interior de la Dirección de Investigación y en las interacciones de ésta con el Instituto y con entes externos.

Durante mi gestión como Directora de Investigación se ha promovido la búsqueda, la colaboración y participación en convocatorias para la obtención de recursos destinados al desarrollo de proyectos de investigación, de infraestructura y en general, para la realización de diversas actividades relacionadas a la difusión y al desarrollo científico y tecnológico. Prueba de ello ha sido el hecho de contar, desde el ejercicio 2015 y hasta la actualidad, con recursos asignados por el CONACYT en cada ejercicio fiscal. Gracias a los fondos obtenidos se equiparon los laboratorios mencionados previamente.

En lo que respecta a la rendición de cuentas del proceso de investigación, en mi gestión se dio cumplimiento a la normativa y se integró el Comité Interno (instaurado el 04 de Abril del 2017) encargado de vigilar el uso adecuado de los recursos destinado a la investigación dentro del Instituto, el cual se ha constituido en un espacio de conver-

gencia para el diálogo y el análisis sobre la gestión integral de la investigación y en un ejercicio permanente de rendición de cuentas. El Comité no sólo me ha permitido presentar un análisis estratégico que muestre el estado de la Dirección de Investigación de manera semestral y anual, sino que ha hecho posible que el trabajo colaborativo y multidisciplinario -entre la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud, el Patronato, la Dirección General, la Subdirección de Administración y la Dirección de Enseñanza- muestre a un centro de investigación con líneas de investigación definidas, investigadores consolidados, excelencia científica, administrativa y de gestión ante las instituciones financiadoras y fiscalizadoras.

Además, el informe presentado semestralmente ante la H. Junta de Gobierno ha sido el instrumento idóneo para mostrar el estado que guarda la Dirección a mi cargo, la sinergia al interior ha permitido de manera oportuna que cada Subdirección cuente con evidencia suficiente, competente y relevante de los componentes bajo su responsabilidad. Por una parte, la Subdirección de Investigación Epidemiológica Geriátrica es responsable del seguimiento a los proyectos de investigación, de las participaciones en actividades científicas y de la actualización a la plantilla de investigadores para mostrar su situación ante el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional de Investigadores (SNI); por otra, la Subdirección de Investigación Biomédica monitorea y verifica que la producción científica cumpla con criterios muy específicos como lo son: el grupo al que pertenecen los productos y su factor de impacto.

Por otro lado, la producción científica se incrementó y varios investigadores ingresaron al SNI (el estado actual de la producción científica se presenta

en el apartado Situación del Instituto Nacional de Geriátría - Investigación). El trabajo de coordinación y gestión que hice de la Red Temática Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (REDESOS) (2015-2018) y de la Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES) (2018-2022) fueron fundamentales para posicionar e impulsar la investigación del InGer a nivel nacional e internacional.

La evidencia científica obtenida de las investigaciones realizadas se ha trasladado al ámbito clínico, educativo y de programas públicos. En el ámbito clínico, ha permitido generar una mejor toma de decisiones para los profesionales de la salud que se enfrentan a un paciente geriátrico. En el ámbito educativo, este conocimiento ha nutrido los programas de enseñanza de profesionales de la salud y cuidadores de diferentes instituciones nacionales e internacionales. Los resultados publicados también han permitido que se generen mejores políticas y programas relacionados con el envejecimiento a nivel federal, estatal y de algunos gobiernos locales, así como programas internacionales. Tal es el caso de la contribución para la elaboración del Programa de Acción Específico sobre Envejecimiento o del reciente Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia funcional y Envejecimiento (SIESDE), entre otros. La excelente labor de los investigadores de esta institución, a los que he tenido el honor de dirigir por los últimos 6 años, es lo que ha hecho posible esta traslación del conocimiento.

Como Directora de Investigación he tenido la habilidad de crear puentes entre el InGer con los tomadores de decisiones de los ámbitos antes mencionados. La capacidad que he desarrollado para crear estas redes y conexiones entre los diversos actores relacionados con el envejecimiento me permitirá mantener y fortalecer los vínculos que tiene el InGer con distintas instituciones, así como generar nuevos.

Ejemplo de ello es la participación que he tenido en la celebración de diversos convenios entre el InGer e instituciones públicas y privadas, de las cuales destacan: el Instituto de Ciencias Nucleares de la UNAM, el CONACYT, el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, la Facultad de Medicina de la UNAM, la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Electoral de la Ciudad de México (IECM), el Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada en Baja California (CICESE), la Universidad Intercontinental A.C. (UIC), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), entre otros. Cada uno de estos lazos formados han permitido al InGer participar en múltiples proyectos de investigación y enseñanza, ampliando la influencia y presencia del Instituto.

Un logro reciente fue la aprobación del campo disciplinario en Gerociencia en el Programa de Maestría y Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La primera generación de la maestría ingresó en agosto de 2022 y la sede del posgrado es el Instituto.

¿Por qué quiero ser Directora General del InGer?

Por poco más de 20 años he dedicado mi vida profesional al estudio del envejecimiento. He sido médica clínica, docente, profesora, investigadora y directiva. Como investigadora he desarrollado diversas líneas de investigación, alumnos de especialidad, maestría y doctorado han sido supervisados por mí y he integrado diversos grupos y redes de investigación en el tema. Como funcionaria, tengo presente que la salud de los mexicanos es un derecho humano fundamental y que el sistema de salud mexicano debe responder a ese derecho. Como directiva tengo claro la imprescindible necesidad de instrumentar modelos de atención a la población envejecida fundamentados en la evidencia científica. Todos los mexicanos tenemos derecho al máximo nivel posible de salud.

Poseo una idea clara de lo que representa el envejecimiento en nuestro país y de los diversos retos en materia de salud y de recursos sociales y económicos que se deben enfrentar.

Entiendo al envejecimiento como un proceso de múltiples dimensiones, continuo, heterogéneo, universal e irreversible que pudiera determinar una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva, sin embargo, eso no es un hecho inevitable. Podría decirse que cada ser humano envejece de forma única, ya que el proceso es extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético y epigenético, pero también por cuestiones sociales, históricas, económicas, culturales y psicológicas; muchas de las cuales se construyen o instalan desde el naci-

miento. Por tanto creo que el envejecimiento debe ser estudiado desde una perspectiva transdisciplinaria. Desde el punto de vista de la respuesta del sistema de salud, el envejecimiento no puede ser considerado sólo desde una perspectiva médica-clínica, deben sumarse servicios que cubran todas las dimensiones, tanto en el ámbito individual como en el comunitario y social; lo que implica que todo el equipo de salud debe contar con una visión integral del tema.

Tengo 66 años de edad, soy investigadora nivel F en el Sistema Institucional de Investigadores y nivel III del Sistema Nacional de Investigadores, miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias y miembro internacional de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos.

Pero no únicamente soy investigadora, sino que mi historia profesional en diferentes ámbitos y niveles de dirección me ha permitido sumar experiencia para ejecutar, tomar decisiones y conducir instituciones. He logrado una madurez profesional y personal que me permite poner toda mi dedicación a esta tarea, me emocionan los retos por venir y me apasiona la idea de conducir al InGer y a todo su valioso equipo hacia la etapa de consolidación.

Tengo capacidad de liderazgo y creo, honestamente, que mi autoridad no sólo es formal sino moral. Mi estilo de trabajo está basado en un plan estructurado de objetivos y metas. Analizo las diferentes facetas que pueden tener un problema o un conflicto para la correcta toma de decisiones. Sé



escuchar las opiniones y perspectivas del equipo y no tengo ningún problema en rodearme de personas talentosas e inteligentes, pero tengo claro que la toma de decisiones está bajo mi responsabilidad. A veces puedo ser estricta y no me cuesta trabajo tomar y ejecutar decisiones difíciles, pero la forma que tengo de trabajar se basa en un liderazgo inclusivo que pretende escuchar, entender, empatizar y ayudar. Me conduzco bajo los más estrictos estándares éticos, no permito la mínima desviación en ese terreno e intento obtener de cada persona -que

trabaja en los equipos que he dirigido- el máximo potencial; me centro en las personas.

Por estas razones y por estar comprometida emocional y vitalmente con la finalidad última del Instituto -propiciar a toda la población condiciones de mejoría a su envejecimiento- quiero dirigir el Instituto Nacional de Geriátría en esta nueva etapa, para mantenerlo en el escenario nacional e internacional como una institución líder en investigación, enseñanza y asistencia sobre y para las personas mayores.

Situación del envejecimiento en México

Aumento de la esperanza de vida

México se encuentra en un estado avanzado de transición demográfica con una pirámide poblacional de base cada vez más estrecha, un ensanchamiento en las edades adultas y un importante crecimiento proyectado en los estratos más viejos de la población en los siguientes años (1). El principal motor detrás de este envejecimiento poblacional es el aumento de la esperanza de vida. En México, la esperanza de vida en 1895 era de 24.4 años en promedio y apenas se diferenciaba entre hombres y mujeres (24.3 y 24.5, respectivamente) (2). Se mantuvo prácticamente sin cambios hasta 1930, cuando la media aumentó a 33,9 años (3). Para 1950 la esperanza de vida ya era de 47.6 años y en 1980 de 66.3 años. Según estimaciones del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), la esperanza de vida al nacer en 2019 era de 75.1 años en promedio, 78 para las mujeres y 72.5 para los hombres (4). Actualmente, la esperanza de vida a los 60 años es de casi 22 años y la esperanza de vida saludable a los 60 años es de 16 años (5). Aunque estas cifras todavía están por detrás de los países de altos ingresos, la velocidad con la que esto ha sucedido es notable: en los últimos 80 años, los mexicanos ganaron casi 40 años en la esperanza de vida al nacer, una ganancia que a Europa le tomó 160 años en lograr (6). En otras palabras, México comenzó más tarde y desde atrás, pero ha ganado esperanza de vida dos veces más rápido que Europa. Se prevé que la esperanza de vida en México alcance los 80 años para el 2050 (4).

La población de más de 60 años ha crecido en la última década a una tasa cercana al 4% y actualmente representa alrededor del 12% de la población total. En dos décadas o menos, la población anciana llegará a 20 millones de personas y para el 2040, 1 de cada 4 mexicanos tendrá 60 años o más. Hoy en día, las personas mayores viven predominantemente en áreas urbanas (74%), están casadas o tienen pareja (60%) y tienen bajos niveles de educación, el 50% solo ha completado la escuela primaria y el 27,2% nunca ha asistido a la educación formal (5).

Como la mayoría de los países de América Latina, México está experimentando una transición epidemiológica “mixta” con un fuerte aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y una marcada disminución de las enfermedades transmisibles en algunas regiones, mientras que aún padece una incidencia moderada o alta de estas últimas en algunas regiones del país. Además, el sistema de atención de salud mexicano actualmente no es capaz de responder adecuadamente a las cambiantes demandas sociales y de atención de la salud de una población envejecida. Las diferencias entre estados y regiones y entre áreas urbanas y rurales son marcadas y obedecen principalmente a rezagos en el crecimiento económico que determinan marcadas desigualdades en el desarrollo socioeconómico (3).

Los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) revelan que, en 2010, el gasto en salud en México como porcentaje del PIB fue de 6.2%; de este, el 47,3%



provino de fuentes públicas. En lo concerniente a la fuerza laboral en salud, mientras que el número de médicos per cápita aumentó sustancialmente durante las últimas dos décadas, alcanzando 2.2 médicos en ejercicio por cada 1,000 habitantes en 2013, esta cifra aún está por detrás del promedio de la OCDE de 3.3. En cuanto a las enfermeras, en el mismo año hubo 2.6 por 1,000 habitantes en contraste con las 9.1 de promedio de la OCDE. El número de camas hospitalarias para cuidados agudos en México y en los países de la OCDE fue de 1.6 y 4.8 por 1,000 habitantes, respectivamente (7). Estos datos revelan el gran retraso en materia de recursos humanos e infraestructura en salud que debe subsanarse en los siguientes años.

Perfil de morbilidad y mortalidad en adultos mayores mexicanos

Como en el resto del mundo, las mujeres superan en número a los hombres en la vejez en México. Hay 112 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de edad de 60 a 74 y, entre los más viejos (85+), hay 135 mujeres por cada 100 hombres. Además, se espera que el grupo de mujeres mayores continúe creciendo, ya que las mujeres de 40 a 59 años son ahora un grupo importante de la población, con 13,1 millones (4). Considerando que la dependencia funcional afecta predominantemente a las mujeres, esto presagia que, si los programas y políticas sanitarias no se enfocan en el cuidado crónico y la evitación de la dependencia funcional, el cuidado de este grupo de futuros ancianos no será alcanzable ni sostenible y los servicios agudos estarán sobrecargados con ellos. Por otro lado, los hombres que envejecen enfrentan sus propios desafíos particulares, como una menor supervivencia, mayores tasas de migración y mayores tasas de

muertes violentas como resultado de accidentes, suicidios y adicciones (8).

Según los registros oficiales de la Secretaría de Salud (SSA) en 2020, las cinco causas principales de mortalidad en personas mayores de 65 años en México fueron las enfermedades cardíacas (incluida la cardiopatía isquémica, la hipertensión y otras), los accidentes (principalmente fracturas), la diabetes mellitus, el cáncer y las enfermedades renales (9). Mientras que la morbilidad general en las personas mayores en el mismo año estuvo liderada por las infecciones respiratorias agudas (IRA), las infecciones de vías urinarias (IVU), el COVID-19, infecciones intestinales y úlceras y gastritis, por ejemplo: la incidencia de IRA fue de 8,515.7 por cada 100,000 personas mayores, la de IVU fue de 3,433.9 y por COVID-19 de 2,040.2 (10). La multimorbilidad también es un problema, ya que el 68.6% de la población mexicana mayor de 60 años tiene al menos una enfermedad crónica y el 34.1% tiene dos o más enfermedades crónicas, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento de 7 países en América Latina (Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE) (11).

Con respecto a la salud mental, el Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento (ENASEM), un estudio longitudinal poblacional de ancianos residentes en México, reveló que la prevalencia de síntomas depresivos es 37.9% (12), de deterioro cognitivo 28.7% y de Enfermedad de Alzheimer de 6.1% entre personas mayores de 60 años; la incidencia de este último se estimó en 27.3 por 1,000 personas por año para el mismo grupo de edad (13).

El ENASEM 2018 (14), también mostró que el 42.04% de las personas mayores de 60 años habían tenido al menos una caída en el año anterior. Mientras tanto, el 16.2% de las personas mayores reportó tener al menos una discapacidad en las acti-

vidades básicas de la vida diaria (ABVD), siendo los mayores de 80 años los que tienen la mayor prevalencia (41.3%). En consecuencia, los ancianos son el grupo con mayor índice de uso de la asistencia sanitaria. En particular, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), entre las personas de más edad (80+) la tasa de uso de servicios de salud aumenta hasta el 18.97 por 100 habitantes, en comparación con el 13.67 por 100 habitantes entre 0 y 4 años, el segundo grupo más grande de usuarios de servicios de salud. Las principales causas de consulta médica en personas de 60 años y más son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, que en conjunto representan el 35.74% de todas las consultas, seguidas de las enfermedades respiratorias agudas (5%) (15). A pesar de este uso intensivo de los servicios de atención de la salud por parte de las personas mayores, los proveedores carecen en general de experiencia geriátrica, lo que se traduce en una atención de mala calidad para los principales usuarios. A su vez, esto conduce a un mal control de las enfermedades crónicas y al deterioro funcional.

El perfil de mortalidad ha cambiado sustancialmente durante el último siglo: en la década de 1920 la población mexicana fue diezmada por la guerra, las epidemias de gripe y la migración, por lo que solo el 5% de la población llegó a los 75 años. En contraste, se estima que en la actualidad el 75% de la población llegará a los 75 años (16).

En 2020 se registraron un total de 1,069,958 muertes, de acuerdo con el registro de defunciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de las cuales 698,429 (65.28%) fueron personas mayores de 60 años. Y de estas, las principales causas fueron la cardiopatía isquémica, la enfermedad por COVID-19, la diabetes y el cáncer; sólo el 0.2% de la mortalidad total ocurrió en niños

menores de 5 años. En cuanto a las causas de muerte en mayores de 60 años en 2020, el 25.75% de las muertes se atribuyeron a causas transmisibles (códigos A y B de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición [CIE-10]), mientras que el 71.26% fueron causadas por enfermedades no transmisibles (códigos C a R de la CIE-10) y el 1.72% restante fueron causadas por lesiones externas (códigos S a Z de la CIE-10) (9). Ver Cuadro 1.

Un análisis de mortalidad en personas mayores que toma en cuenta el Índice de Desigualdades Sociales (SII) no encontró diferencias en las causas de muerte por edad o sexo. Sin embargo, existían importantes diferencias socioeconómicas: se encontró que las personas mayores que viven en pequeñas localidades y en condiciones desfavorecidas (en términos del SII) sufren un mayor número de muertes por desnutrición y causas desconocidas. Es de destacar que la “senilidad” puede haber sido una causa de muerte en hasta el 6% de todas las muertes en personas mayores de 85 años (17).

Por otro lado, el análisis de carga de enfermedad realizado en 2019 reveló que los años de vida perdidos por discapacidad han aumentado entre las personas de 60 y más años de edad en los últimos 30 años. Entre las principales enfermedades que contribuyen a la carga de enfermedad en personas mayores se encontraron, como es de esperarse: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; pero también se identificaron otras enfermedades menos visibles que igualmente contribuyen a la carga de enfermedad en personas mayores, específicamente: enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades de los sentidos, osteoartritis, dolor lumbar/cervical crónico y depresión (18).

Cuadro 1. Principales causas de muerte por grupo de edad a nivel nacional (número y tasa*).

| Causa de muerte | 20-29 años | 30-39 años | 40-49 años | 50-59 años | 60-69 años | 70-79 años | 80-89 años | 90 y más años |
|--|--|---|---|--|---|---|--|--|
| 1 Agresiones (homicidios). 52.0 | 11,150 Agresiones (homicidios). 52.0 | 9,741 Agresiones (homicidios). 52.3 | 8,137 Tumores malignos. 50.8 | 17,949 Diabetes. 144.8 | 26,904 Diabetes. 341.5 | 26,717 Diabetes. 654.4 | 32,245 Enfermedades isquémicas del corazón. 1,969.4 | 19,680 Enfermedades isquémicas del corazón. 5,830.5 |
| 2 Accidentes (excepto caídas). 27.3 | 5,862 Accidentes (excepto caídas). 27.3 | 4,717 Accidentes (excepto caídas). 25.3 | 6,894 Diabetes. 43.0 | 14,591 Tumores malignos. 117.7 | 20,235 Tumores malignos. 256.8 | 25,056 Enfermedades isquémicas del corazón. 613.7 | 18,709 Diabetes. 1,142.7 | 4,633 Diabetes. 1,372.6 |
| 3 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios). 10.0 | 2,136 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios). 10.0 | 3,659 Tumores malignos. 19.7 | 6,587 Enfermedades del hígado. 41.1 | 10,546 Enfermedades isquémicas del corazón. 85.1 | 17,501 Enfermedades isquémicas del corazón. 222.1 | 20,622 Tumores malignos. 505.1 | 14,157 Tumores malignos. 864.7 | 4,475 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. 1,325.8 |
| 4 Tumores malignos. 9.2 | 1,979 Tumores malignos. 9.2 | 2,748 Enfermedades del hígado. 14.8 | 6,449 Agresiones (homicidios). 40.2 | 9,471 Enfermedades del hígado. 76.4 | 9,793 Enfermedades del hígado. 124.3 | 8,542 Enfermedad cerebrovascular. 209.2 | 10,434 Enfermedad cerebrovascular. 637.3 | 4,190 Influenza y neumonía. 1,241.3 |
| 5 Otra violencia. 6.0 | 1,278 Otra violencia. 6.0 | 2,114 Enfermedades isquémicas del corazón. 11.4 | 5,088 Enfermedades isquémicas del corazón. 31.7 | 3,459 Enfermedades del sistema digestivo, excepto hernia y enfermedades del hígado. 27.9 | 5,626 Enfermedad cerebrovascular. 71.4 | 7,013 Enfermedades del hígado. 171.8 | 9,206 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. 562.3 | 4,115 Enfermedad cerebrovascular. 1,219.1 |

Fuente: Elaborado por el SIESDE, con datos del Registro de Defunciones 2019 de la Dirección General de Información y Proyecciones de Población 2019 de CONAPO. *Por 100,000 habitantes.

Cuidados de largo plazo

En México se carece de un sistema formal de atención a largo plazo dirigido a las personas mayores. Algunos programas federales y estatales atienden a personas mayores, la mayoría de los cuales son responsabilidad de agencias estatales. Además, hay varios proveedores privados (tanto con fines de lucro como sin fines de lucro) que ofrecen servicios, como los Centros de Día e Institucionalización (19).

Los cuidados de largo plazo para personas mayores son aquellos “cuidados que responden a la pérdida de autonomía de una persona, es decir, que tienen dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD, AIVD), lo que ocasiona una dependencia permanente de otros para poder realizarlas” (20). De acuerdo con datos del ENASEM 2018, de las personas que residen en su hogar se estima que alrededor de 2,438,648 personas mayores son dependientes

para realizar sus ABVD, de los cuales 1,318,415 se clasifican como personas que viven con dependencia grave de acuerdo con sus necesidades de cuidados. De las personas que viven con dependencia leve, el 41.17% recibe cuidados y, de los que viven con dependencia grave, el 62.94% recibe cuidados. Destaca que el 93.43% de las personas que cuidan a personas mayores dependientes son sus familiares y solo el 3.37% se reportan como cuidadores pagados.

De acuerdo con el Censo de Alojamientos de Asistencia Social, en 2020, existían 1,020 casas hogares para personas mayores en México. Entre estas casas hogares y otros centros de alojamiento vivían 26,615 personas mayores de 60 años.

El costo de los cuidados de las personas mayores de 60 años con dependencia funcional en México se estima en 2.4 billones de dólares por año (21).

Personal de salud para la atención a personas mayores

Existe deficiencia para la captación de recursos humanos para la salud y espacios insuficientes para la formación y capacitación que abarca no solo la prestación de atención real a todos niveles de atención, principalmente el nivel de atención primaria sino también la docencia y la investigación. La fuerza laboral dedicada al cuidado de las personas mayores no es suficiente y las habilidades geriátricas de los médicos generales siguen siendo insuficientes, a pesar que en la actualidad la mayoría de las escuelas de medicina incorporan en sus planes de estudio programas de formación de pregrado en geriatría y/o gerontología, incluyendo la UNAM. Es necesario capacitar a más médicos y otros profesionales de la salud en geriatría, además de facultar en gerontología la incorporación de científicos so-

ciales, expertos en políticas, biólogos y profesionales de la salud.

En cuanto a la formación de recursos médicos con ese enfoque, el primer programa de residencia en medicina geriátrica en México se estableció en 1994. En agosto de 2010, siete universidades mexicanas ofrecían la especialización en geriatría, un programa de formación de cuatro años que requería dos años de formación previa en medicina interna (22). Sin embargo, la ocupación de espacios en estos programas de residencia geriátrica fue solo del 70%. En respuesta a esta situación, en 2013 se estableció un nuevo programa de medicina geriátrica de 4 años de entrada directa, el cual comenzó su primer ciclo académico en marzo de 2014 (23). En Abril del 2022, había 800 geriatras certificados por el Consejo Nacional de Geriatría (24).

También se encuentran disponibles programas de alta especialidad para que los geriatras y otros especialistas se sub-especialicen en diversas ramas, como: cardiología geriátrica, demencia, neurología geriátrica y rehabilitación geriátrica.

A pesar de los esfuerzos recientes para capacitar a los geriatras, considerando las recomendaciones más conservadoras, México necesitaría producir más de 2000 geriatras en los próximos 10 años para satisfacer las necesidades de su población (22). Evidentemente la tasa actual de producción de recursos humanos es insuficiente.

En 2010, México contaba con 21 departamentos de geriatría en hospitales generales, la mayoría de ellos ubicados en la Ciudad de México (CDMX). También hay algunos servicios geriátricos especializados como clínicas de memoria, una sala de cardiología geriátrica y una sala de rehabilitación geriátrica (22). Es evidente que las necesidades de salud de las personas mayores no podrán ser resueltas únicamente por médicos geriatras. Es in-

dispensable que el sistema en su conjunto adopte estas necesidades como prioritarias en todos los niveles, particularmente en el nivel de atención primaria, pero también en la atención provista por hospitales generales.

En conclusión, el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con una escasa capacidad para la atención primaria y especializada dirigida a personas mayores. En el año 2019 se contaba un total de 425 médicos especialistas en geriatría en contacto con el paciente; se disponía de 173 consultorios etiquetados como especialidad geriátrica y se disponía de 286 camas censables dentro de las instituciones que conforman el SNS. Ver Cuadro 2.

Conclusiones del estado del envejecimiento

El aumento de la esperanza de vida ha permitido que México entre en una transición demográfica

caracterizada por un acelerado envejecimiento poblacional. Esta circunstancia ha estado acompañada de un cambio epidemiológico, donde las enfermedades crónicas suponen mayor morbilidad y mortalidad que aquellas transmisibles. Si bien, el enunciado anterior se ve, en cierta medida, agravado por las tasas de morbilidad y mortalidad que generó la pandemia por COVID-19, sabemos que las personas con mayor número de enfermedades crónicas son más vulnerables al COVID-19 (25). Además, estas comorbilidades están asociadas a un mayor riesgo de dependencia y, por lo tanto, a mayor necesidad de cuidados.

De continuar esta tendencia, el sistema de salud en México se verá rebasado, a pesar de haber implementado diversos programas para mejorar la atención en salud para las personas mayores. Por lo que existen diversas áreas que deben ser fortalecidas.

Como se expondrá más adelante, el InGer ha sido una piedra angular al generar programas de

Cuadro 2. Capacidad en geriatría del Sistema Nacional de Salud, 2019.

| Institución | Número de consultorios de Geriatría | Número de camas de hospitalización de Geriatría | Número de médicos Geriatras |
|----------------|-------------------------------------|---|-----------------------------|
| Total | 173 | 286 | 425 |
| IMSS | 25 | 52 | 173 |
| SSA | 75 | 191 | 111 |
| ISSSTE | 37 | 7 | 99 |
| Estatad | 13 | 20 | 17 |
| Universitario | 5 | 4 | 9 |
| PEMEX | 10 | 0 | 9 |
| SEMAR | 5 | 3 | 4 |
| SEDENA | 3 | 5 | 3 |
| IMSS Bienestar | 0 | 4 | 0 |
| Municipal | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de SINAIS Datos abiertos. Recursos en salud.

capacitación y enseñanza tanto para profesionales de la salud como para cuidadores informales de personas mayores. Además, los estudios realizados por los investigadores del Instituto han permitido evidenciar problemáticas relacionadas y proponer soluciones.

Dada esta situación, el InGer debe continuar y fortalecer sus programas, de tal manera que permita contrarrestar los efectos negativos que estas transiciones pueden tener en la salud de las personas mayores y enfatizar los efectos positivos que el cambio demográfico tiene sobre la sociedad.

Historia del InGer

La creación de cada uno de los 13 Institutos Nacionales de Salud (INS) de México responde a un momento histórico en las necesidades de salud de los mexicanos y de los esfuerzos de la nación por un país más próspero. En 1943 se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México (HIM) que, entre otras acciones, representan los frutos del México post revolucionario. Antes de concluir los años cuarenta se inauguraron los Institutos Nacionales de Cardiología (INCICH) y de Oncología (INCAN), además de sentar las bases de lo que ahora son el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INN). Si bien la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (LINS) no se vio cristalizada hasta el año 2000, desde el nacimiento del Hospital Infantil de México se definió la naturaleza de los INS, es decir organismos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propio para brindar asistencia médica en su campo de especialidad, además de la enseñanza médica y el desarrollo de la investigación científica. Los discursos de los directores fundadores con motivo de la inauguración de los 13 Institutos celebran el nacimiento de instituciones modernas, del uso de los avances científicos y tecnológicos a favor de la salud de los mexicanos, de la toma de decisiones basada en la evidencia científica, claramente como un instrumento de política sanitaria de largo

alcance en el marco de las estrategias de seguridad nacional; comprometiéndose a ser los semilleros en la generación de nuevo conocimiento científico y la formación de recursos humanos altamente especializados para preservar la salud de los mexicanos.

Varios elementos se conjugaron para el nacimiento de cada uno de los INS; en todos, un grupo de especialistas promovieron la importancia de un abordaje de alto nivel e impulsaron la creación de estas instituciones. En varios casos, la demanda por servicios de salud especializados era evidente, por ejemplo: cuando los pabellones de especialidades en el Hospital General de México ya no eran suficientes. Así, los primeros Institutos nacieron con un enorme reto de la asistencia en marcha, otros se fueron construyendo a lo largo de muchos años, como el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Los más recientes surgieron como una estrategia de seguridad nacional por las proyecciones demográficas, el perfil epidemiológico de la población mexicana y el escenario mundial resultante de las últimas revoluciones científicas-tecnológicas. Nos referimos al Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) y el Instituto Nacional de Geriátría (InGer). Revisar la historia de cada uno nos llevaría a reconocer rutas similares, periodos de establecimiento largos, alineación de la política institucional a los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) y a las estrategias sectoriales de salud; un intenso trabajo prospectivo con el incremento de la evidencia científica y las actuales necesidades en salud que no pueden dejar de atenderse.



El InGer surge en el marco del PND 2007-2012 en un contexto social y político donde el envejecimiento cobraba cada vez más relevancia; basta ver ciertos eventos en la historia reciente, como la creación de las pensiones universales de la CDMX en 2001 o la promulgación de la Ley de los Derechos del Adulto Mayor en 2002 o la formulación del programa de especialización en geriatría en 2010, por nombrar algunos. Se concibe como un Instituto de nueva generación enfocado a la investigación, la formación de recursos humanos especializados, el desarrollo de modelos de atención y la innovación en la implementación de políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor y en el abordaje de la concientización a la ciudadanía para enfrentar el proceso de envejecimiento poblacional en nuestra sociedad. Siendo así uno de sus objetivos primordiales el estudiar y fomentar una visión integral del envejecimiento saludable (26).

El decreto de creación del InGer se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de mayo del 2012 con las siguientes funciones: 1) Apoyar a la Secretaría, en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones, así como promover la concertación de acciones con los sectores social y privado en su ámbito de competencia; 2) Fomentar la realización de proyectos de desarrollo de tecnología especializada, obteniendo con ello protocolos de innovación tecnológica en cuanto a la elaboración de medios de diagnóstico y tratamiento; 3) Ser el centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el envejecimiento poblacional y sus aplicaciones. Además, se incluyen también todas las señaladas en el Artículo 6 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (LINS).

Para revisar la trayectoria de desarrollo del InGer se dividirá en 3 etapas:

Etapa 1. Diseño conceptual del Instituto: del 2007 al 2012.

Etapa 2. Establecimiento de la infraestructura: del 2013 al 2019.

Etapa 3. El avance del Instituto en la pandemia: a partir del 2020.

Etapa 1. Diseño conceptual del Instituto: del 2007 al 2012

En el año 2007, destacados especialistas conformaron un grupo Ad Hoc dentro de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) que tenía como objetivo determinar la factibilidad de una institución nacional de salud enfocada en el desarrollo y estudio de la geriatría, como una estrategia sanitaria a un problema complejo de dimensiones multifactoriales, permeable a toda la sociedad. Además del análisis de factibilidad, se realizó la definición de la estructura y organización de esta institución. Cabe resaltar que en esos años yo laboraba en la Unidad de Investigación del IMSS y formé parte del grupo Ad Hoc. El resultado de este trabajo condujo al Decreto Presidencial de creación del Instituto de Geriátría el 28 de Julio de 2008 como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, el cual se enfocó en las actividades de investigación y enseñanza, pero sin dejar de considerar la incorporación de la atención médica en un futuro (26).

El Instituto de Geriátría inició actividades en febrero del 2009 con una plantilla de personal mínima que se completó hasta octubre del 2010. No contaba con una sede propia y se trabajó en diversos sitios en periodos cortos por las necesidades de

las instituciones que brindaban apoyo temporal. El grupo de trabajadores se fue instalando en varios lugares, como la propia CCINSAHE, el INCAN y la Torre Caballito, hasta llegar en octubre del 2010 a ocupar los edificios de lo que fue la Casa Hogar para Varones del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en San Jerónimo Lídice, pero sin lograr ser el propietario del predio.

En aquel entonces se definieron 6 líneas estratégicas de actuación que marcaban actividades de: 1) enseñanza, 2) investigación, 3) vinculación con otros institutos y organizaciones, 4) de diseño y ejecución de programas sobre envejecimiento, 5) divulgación de conocimiento y 6) de intercambio de estudios científicos para fortalecer la red de colaboración. Los resultados que se obtuvieron fueron destacables, considerando los retos de la puesta en marcha de una institución naciente, que se enfrentaba a cuestiones operativas, logísticas y de rendición de cuentas al mismo nivel de instituciones con más de 50 años de creación.

Los principales resultados de esta etapa en las actividades de enseñanza se resumen en la impartición de cursos enfocados a la especialidad en geriatría dirigidos a todo el personal de salud y el involucramiento del InGer en múltiples cursos dirigidos a pregrado y posgrado en la UNAM. Además, la influencia determinante que tuvo el Instituto para reestructurar la especialidad en geriatría, permitiendo que fuera de entrada directa con 4 años de duración y no de entrada indirecta, pasando por dos años iniciales de medicina interna. Dentro de las actividades de investigación resalta la formación de la Red Temática de Investigación, Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (REDESDES), la participación en las encuestas ENSANUT y ENASEM y el inicio del desarrollo del Laboratorio de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (LIEFAM).

Las actividades de diseño y ejecución de programas sobre envejecimiento permitieron posicionar el estudio de envejecimiento y salud a nivel nacional e internacional. Los logros de las acciones enfocadas a divulgación de conocimiento están representadas por la publicación de 4 libros (destacando el libro de Envejecimiento y Salud, ya que al pasar los años se perfiló como un documento de referencia para los tomadores de decisiones en política pública de salud) y el diseño de la Biblioteca Virtual del InGer (BVInGer).

El cierre de esta etapa fue la aprobación, mediante la firma del Decreto Presidencial, del Instituto Nacional de Geriátría el 30 de Mayo del 2012.

Etapa 2. Establecimiento de la infraestructura: del 2013 al 2019

A pesar de las restricciones presupuestarias establecidas desde su fundación por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), como las referentes a los niveles salariales del personal de estructura, fundamentalmente Subdirectores y Jefes de Departamento o el número reducido de plazas, el Instituto ha logrado avances en cada uno de sus objetivos propuestos. Es importante resaltar que en el mismo año de su aprobación como instituto nacional se adiciona un artículo a la LINS, que estipula otras actividades para el InGer. Las cuales consistirán en la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales y regionales de salud en el ámbito de la geriatría; en el establecimiento de redes de trabajo con los sectores público y privado; así como en la ejecución de proyectos enfocados al desarrollo de tecnología especializada. Con eso se buscaba que el InGer se convirtiera en el referente nacional sobre los estudios relacionados con el envejecimiento poblacional.

Las actividades del Instituto en ese periodo de tiempo se basaron principalmente en la enseñanza e investigación, siguiendo lo dictado en el Capítulo II de la LINS, las cuales estuvieron coordinadas por la Dirección de Enseñanza y Divulgación y la Dirección de Investigación del InGer. Dentro de los primeros años, la primera trabajó el programa “Enseñanza de Excelencia”, compuesto por una oferta educativa presencial y a distancia, junto con actividades para la difusión del conocimiento. Además, fomentó la formación de recursos humanos con base en un análisis funcional, que permitió la identificación de las competencias necesarias para todos los individuos involucrados en la atención de las personas mayores; esto se logró a través del proyecto “Modelo de Competencias para la Detección y Manejo de Fragilidad en las Personas Mayores” y la entidad de Certificación y Evaluación (26).

Al inicio de esta etapa comenzó la alianza con la Secretaría de Educación Pública (SEP) por medio del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER); en donde el InGer, junto con otras instituciones interesadas en la materia, acreditaron el Comité de Gestión por Competencias de la Geriátría (CGCG). El cual definió la agenda para la formación de recursos humanos calificados en la atención de personas mayores, mediante la capacitación, evaluación y certificación laboral (26).

También existieron acciones para conectar al Instituto a nivel nacional e internacional con diversas organizaciones. Por ejemplo, en 2015 hubo el Encuentro México-Japón sobre Envejecimiento Saludable, que volvió a repetirse en una segunda edición en 2016. Este intercambio de conocimiento desembocó en que años más tarde (2019) se creará un proyecto en conjunto con la Agencia de Cooperación Internacional del Japón con el fin de desa-

rollar un sistema de cuidados a largo plazo de base comunitaria para apoyar a las personas mayores y sus familias (26).

En 2015 inicia el proyecto CUIDAMHE para establecer acciones con el fin de mejorar el desempeño geriátrico en varios hospitales seleccionados del país, a través de la capacitación en temas de geriatría de los profesionales de la salud.

Por otro lado, aunque el InGer se estableció en los edificios del predio de San Jerónimo del DIF en 2010, el Instituto sufrió una desocupación que lo condujo a un nuevo peregrinar en busca de un espacio. Hasta que a fines del 2016 se logró que el predio perteneciente al DIF fuera donado al Instituto, después de ocho años de su nacimiento. Con este evento, el InGer logra tener una sede propia en donde realizar sus actividades y desarrollar un sentido de pertenencia (26).

A partir del 2017, la Dirección de Enseñanza y Divulgación estableció 4 líneas de trabajo: 1. Modelo de Competencias de la Geriátría; 2. Programa de Educación Continua Presencial y de Formación Académica para el Desarrollo de Recursos Humanos Especializados; 3. Programa de Educación Continua a Distancia; y 4. Divulgación del conocimiento; y complementó su actuar ampliando su actividades no solamente a los profesionales de la salud interesados que realizaban una solicitud específica para su formación, también integró su conocimiento a diversas áreas. Ejemplo de ello fue el desarrollo, en conjunto con la UNAM, de las “actividades profesionales confiables” que tenían como fin ser una propuesta pedagógica para medicina geriátrica en contextos clínicos y que actualmente se encuentra en el programa de especialidad de geriatría (26).

Estos pasos dan inicio a la transición de actividades del Instituto, de servicios integrales

contratados por empresas y universidades, a una autonomía y consolidación de programas de educación continua.

Al revisar los avances de investigación, llevado a cabo por la Dirección de Investigación, podemos nombrar progresos en las 38 líneas de investigación que se han desarrollado dentro del Instituto; siendo integral el estudio del envejecimiento, buscando la transdisciplinariedad y la traslación del conocimiento generado. Es decir, se toman en cuenta diversos enfoques (social, político, económico, ético, biológico, tecnológico, clínico, entre otros), dotando al InGer de una visión integral y haciéndolo capaz de ejercer voz en las políticas públicas y la toma de decisiones. Siendo las publicaciones el producto más relevante de la investigación, las cuales han aumentado paulatinamente y han sido citadas de manera exponencial por la comunidad científica y académica a través de los años; estos datos se presentan en las siguientes secciones (26).

Otros de sus logros en esa etapa son la compilación de textos científicos y académicos en el Repositorio Institucional del InGer, el cual es de acceso libre y forma parte de la Red Nacional de Repositorios del CONACYT; y la formación del Boletín del Instituto que ha servido como herramienta para la divulgación del conocimiento a la población general (26).

En cuanto a las redes de investigación, en 2018 surgió la Red Colaborativa de Investigación Translacional para el Envejecimiento Saludable (RECITES), con el objetivo de consolidar los lazos con otras dependencias de gobierno y organismos internacionales. Mayor detalle de este tema se presentará más adelante.

En lo concerniente al ámbito presupuestal, es importante señalar el registro en cartera del Proyecto de Inversión del InGer ante la SHCP en un

horizonte de evaluación de 22 años con un presupuesto inicial de \$232,788,712 pesos. A pesar de que los recursos no fueron asignados en ese periodo, el registro quedó vigente durante casi cinco años y fue hasta el año 2019 que se radicó el presupuesto para su implementación en el capítulo 5000 y 6000 del Clasificador por Objeto del Gasto. Situación que permitió un avance importante en la adecuación y remodelación de los espacios físicos de la sede. Sin embargo, los requerimientos presupuestales para el funcionamiento integral del Instituto siguen siendo un pendiente sin resolver.

Al final de esta etapa se ponen en marcha algunos de los laboratorios del Instituto como el Laboratorio de Ciencias de Datos, de Política Pública y de Biología del Envejecimiento. Más adelante se profundiza en cada uno de ellos.

Por último, cabe resaltar que a lo largo de estos años se condujeron varios grupos de trabajo desde la Dirección General. Dentro de estos se puede nombrar al Subcomité del Envejecimiento de la CONAPO, Subcomité de Especialidad en Geriátría, el Grupo de Trabajo sobre Cuidados de Largo Plazo en el Consejo Nacional de Salubridad, el Grupo de Trabajo sobre Vacunación en Adultos Mayores, el Grupo de Trabajo sobre la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento y el Consorcio con la Universidad de Texas.

Etapa 3. El avance del Instituto en la pandemia: a partir del 2020.

Posterior a una etapa con periodos alternados de inestabilidad y estabilidad, caracterizada por el establecimiento del Instituto en un lugar propio, la formación de diversas redes de investigación, la creación y difusión constante del conocimiento, junto con la formación de recursos humanos en el

área y el comienzo de la expansión de la influencia del InGer, comienza la etapa de la pandemia por COVID-19.

Esta crisis sanitaria resaltó la importancia de la salud en el envejecimiento y demostró la relevancia de la investigación en la toma de decisiones y las políticas públicas. El InGer apoyó desde el primer momento en la generación de evidencia y dio luz al camino que se tenía que recorrer para atender la crisis que el país sufría. Esto lo hizo con la publicación del dossier “COVID-19: prevención y cuidados en personas mayores”, el cual brinda información para evitar la propagación de contagios en los establecimientos públicos y privados encargados del cuidado de personas mayores. También fijó su postura ante la enfermedad y la susceptibilidad de las personas mayores, remarcando un enfoque ético y de derechos humanos en cuanto a la distribución de recursos en el sistema de salud y el posible colapso de los servicios en el ramo.

En plena crisis sanitaria, impulsó el proyecto “Medición y seguimiento de la preparación y respuesta local a la pandemia de COVID-19 en instituciones de cuidados a largo plazo en México”, para documentar las condiciones de los establecimientos al inicio de la dispersión comunitaria del virus, esto con el fin de que las instituciones priorizaran la prevención de la enfermedad y establecieran medidas de mitigación de los contagios.

Además de apoyar en la investigación y la generación de evidencia para la toma de decisiones, el Instituto siguió sus proyectos previos y la formación de recursos humanos. En cuanto a la impartición de cursos y diplomados se empleó la tecnología para guardar la sana distancia.

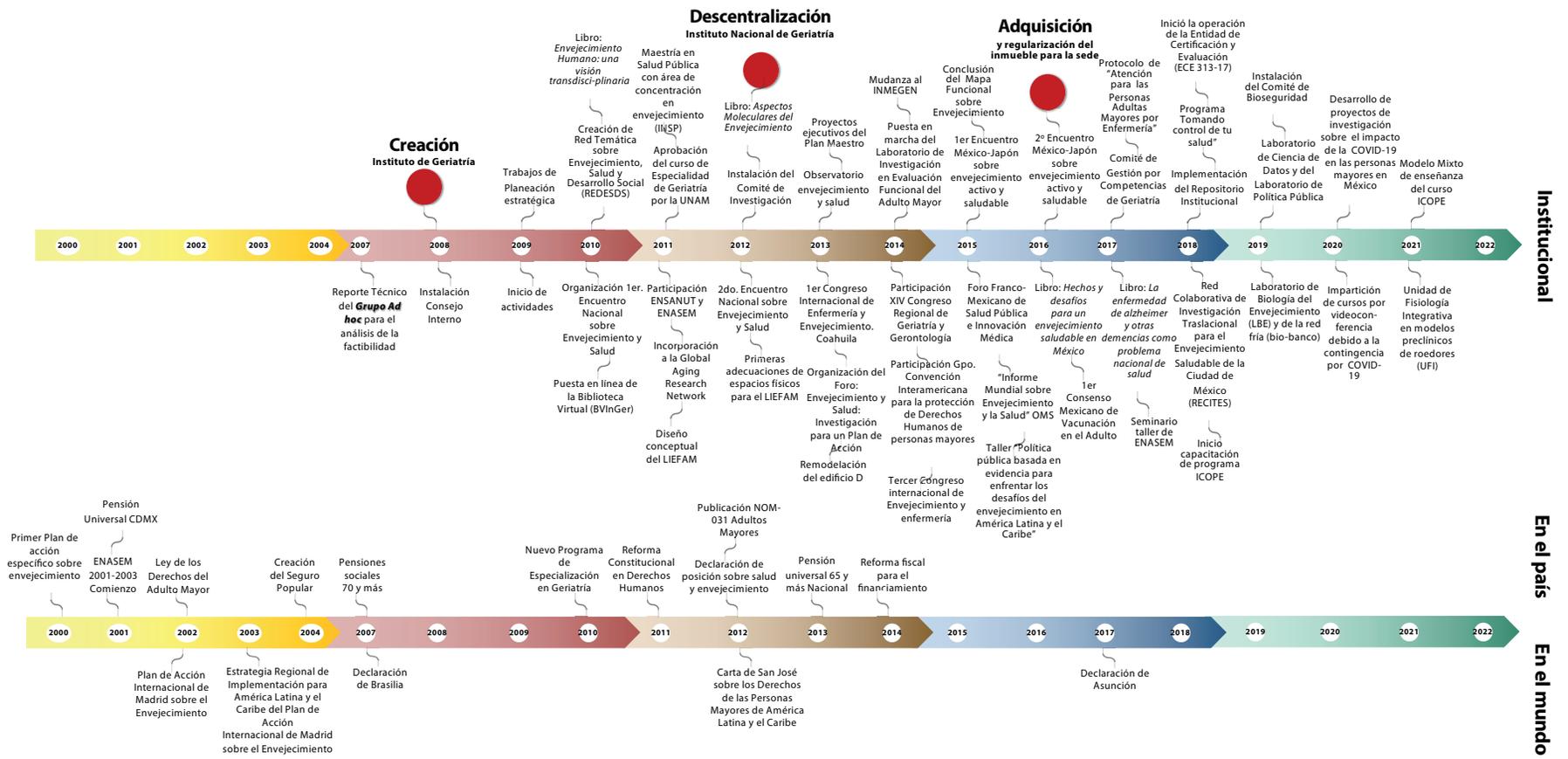
En 2020, se instauró y reconoció un Centro de Colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la

Salud (OPS) para difundir conocimiento sobre los servicios integrados para la promoción del envejecimiento saludable. La clave del Centro es MEX-36. El Centro cuenta con un plan de trabajo a 4 años, con el que se impulsarán actividades para el logro de objetivos propuestos por la OMS/OPS. Los objetivos abarcan los siguientes temas: mejorar la capacidad de los sistemas de salud para atender las necesidades de las personas mayores, desarrollar instrumentos de medición y monitoreo de la atención integrada a personas mayores y contribuir a fortalecer las capacidades de investigación en atención integrada y envejecimiento saludable. El alcance de las actividades se despliega más adelante, en el apartado de Situación del Instituto Nacional de Geriátría.

También, junto con el apoyo de CONACYT, la DGIS y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), comenzó el desarrollo del Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia funcional y Envejecimiento (SIESDE); que será un gran repositorio de datos e información sobre las personas mayores. (De este proyecto, yo soy la responsable técnica).

Esta etapa quedará en la memoria como una época de resistencia, empatía y colaboración. Los miembros del Instituto mostraron una capacidad de adaptación para el trabajo a distancia que venían ejercitando por las diversas vicisitudes que el InGer pasó desde su nacimiento al no poseer un lugar propio. Queda claro en la siguiente sección que el Instituto no se detuvo en su productividad e incluso hubo un aumento de esta.

En la siguiente línea de tiempo (figura 1) se colocan los eventos más importantes dentro de la historia del InGer. Mientras que en la parte inferior se muestran los acontecimientos más relevantes a nivel nacional e internacional alrededor del tema de envejecimiento.



Fuente. Adaptada y modificada de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria.

Figura 1. Línea de tiempo del Instituto Nacional de Geriátria.

Situación de Instituto Nacional de Geriátría

En la primera década del InGer, las actividades que se realizaron día a día y que formaron parte del core de su creación fueron la investigación y la enseñanza. Las dos han tenido una productividad creciente e ininterrumpida. A continuación, se comentará la situación de ambas. Posteriormente se menciona la deuda que el Instituto tiene con otra de las actividades relevantes que los INS pueden ejercer, es decir, la atención médica. Al final, se brinda información respecto a la situación en administración dentro del Instituto y sobre el Patronato del mismo.

Investigación

El estudio del envejecimiento es una de las prioridades de investigación a nivel mundial, principalmente en el campo de las ciencias de la salud y las ciencias sociales; esto obedece a circunstancias que impactan globalmente y que se agudizarán en los próximos años como son el tema de pensiones, servicios de salud, trabajo, enfermedades crónicas, inequidad en personas mayores, etc. Por lo tanto, es una de las principales actividades a realizar por parte del Instituto, con el fin de tomar las decisiones adecuadas para encaminar a la sociedad mexicana hacia el envejecimiento saludable. A continuación, se mencionará la situación del Instituto respecto a la investigación tomando en cuenta los apartados de investigadores, líneas de investigación y producción científica, redes, laboratorios, comités, posgrado y financiamiento.

Investigadores del InGer

El Instituto se encuentra conformado por 19 investigadores con plaza y 5 miembros más, los cuales están calificados como investigadores pero que desempeñan funciones de mando y coordinación. Estos provienen de diferentes disciplinas como la psicología, la química, las matemáticas, la medicina, la biología y la ingeniería (26) y cabe destacar que han logrado gran productividad en cada una de las etapas de formación del Instituto.

Respecto a los investigadores que laboran en el Instituto, en el cuadro 3 se muestra el perfil de ellos en 2021 (en la siguiente liga se puede profundizar respecto a su currículum, sus líneas de investigación y su producción científica: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/investigacion/nuestros-investigadores.html>). En ese mismo año, estos han tenido un incremento en la categoría de Investigación en Ciencias Médicas (ICM), avanzando a categorías de mayor desempeño. Habiendo un promedio de publicaciones por investigador de 2.6 en 2019, 2.5 en 2020 y 3.3 en 2021; y estando participando continuamente en divulgación del conocimiento científico a través del Seminario Interdisciplinario de Investigación del Instituto con 25 presentaciones a lo largo del 2021 y mediante 42 presentaciones en foros nacionales e internacionales en el mismo año. Entre los foros en los que se han presentado los trabajos realizados por los investigadores del InGer en 2021, se pueden mencionar: la Primera Reunión Virtual de la Asociación

Cuadro 3. Perfil de los Investigadores del InGer en 2021.

Edad media de los ICM: **43.3 años** (82-30 años)

9/19 son mujeres (**47%**).

19/19 (**100%**) tienen un grado académico de maestría o mayor.

2/19 (**10%**) tienen grado académico de maestría.

17/19 (**90%**) tienen grado académico de doctorado.

19/19 (**100%**) tienen nombramiento vigentes de ICM.

12/19 (**63%**) de los investigadores con nombramiento de ICM pertenecen al SNI.

6/19 (**31%**) se encuentran en el área de investigación básica.

8/19 (**42%**) se encuentran en el área de investigación epidemiológica clínica.

4/19 (**21%**) se encuentran en el área de investigación en epidemiología demográfica y determinantes sociales.

1/19 (**5%**) se encuentra en el área de investigación en ingeniería biomédica y desarrollo gerontecnológico

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/investigacion/nuestros-investigadores.html>

Mexicana de Estudios en Demencias, el Ciclo de Seminarios 2021-II de la UBIPRO-FES / Iztacala-UNAM, el IV Verano Internacional de Investigación en Gerontología Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE), el Tercer Seminario Interdisciplinario en Investigación sobre Envejecimiento, Geroscience Day organizado por Arkansas State University, el Congreso de la Asociación Colombiana de Demografía Población y Desarrollo, entre otros más.

Además, los investigadores trabajan constantemente en el análisis de la ENASEM (<http://www.enasem.org>) debido a su vasta cantidad de información. Lo cual es de suma importancia ya que esta encuesta está enfocada específicamente a entender la realidad de las personas mayores en México. El resultado de este análisis es la realización anual del Seminario-Taller de la ENASEM, que comenzó

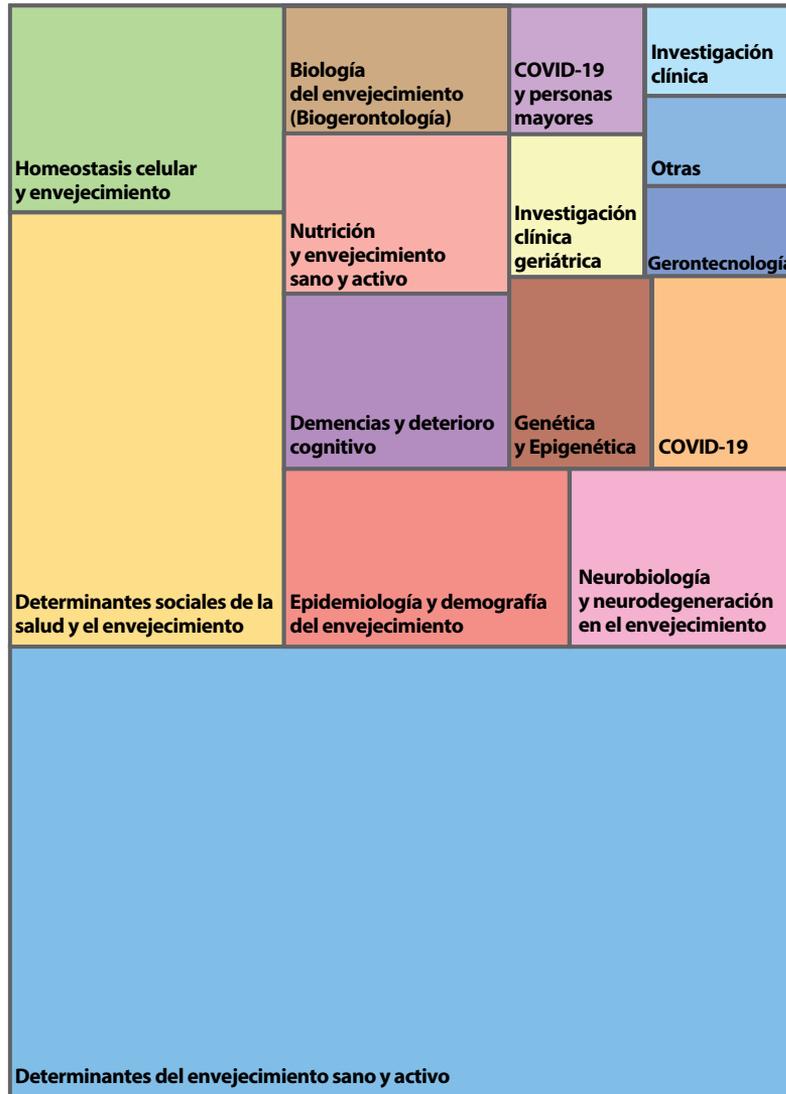
en 2016 con su Primera Edición y en 2022 se llevó a cabo la Séptima Edición.

En el Instituto se tiene presente su formación continua, su actualización constante, el desarrollo de competencias y su integración en redes de investigación nacionales e internacionales, con el fin de incrementar su impacto y presencia en la comunidad científica.

Líneas de investigación y producción científica

En la corta historia del InGer se han desarrollado 38 líneas de investigación que abarcan desde la investigación básica hasta la social. En la figura 2 se muestran las principales líneas de investigación del 2015 al 2021, como puede observarse la investigación básica, clínica y social se desarrollan conjuntamente en el Instituto; siendo la traslación del conocimiento una de las tareas más relevantes a realizar (26).

Siguiendo lo mencionado en el artículo 6, fracción II, de la LINS, las publicaciones en revistas científicas se consideran uno de los principales productos de la investigación (27). En la gráfica 1 se muestra la producción científica del InGer del 2012 al 2021; entre artículos, libros y capítulos de libros, las publicaciones ascienden a 590. En 2021, se publicaron 68 artículos en revistas revisadas por pares, de las cuales el 83.82% son de alto impacto. Se editó un libro y 7 capítulos de libro, dando como resultado un total de 76 publicaciones institucionales, en comparación con las 58 publicaciones en 2020 y las 58 del 2019. Se resalta la respuesta del Instituto ante la necesidad de contar con información debido a la incertidumbre generada por el COVID-19, tanto así que existió una importante generación de publicaciones en la línea de infecciones por virus, con 17 publicaciones sobre el tema.

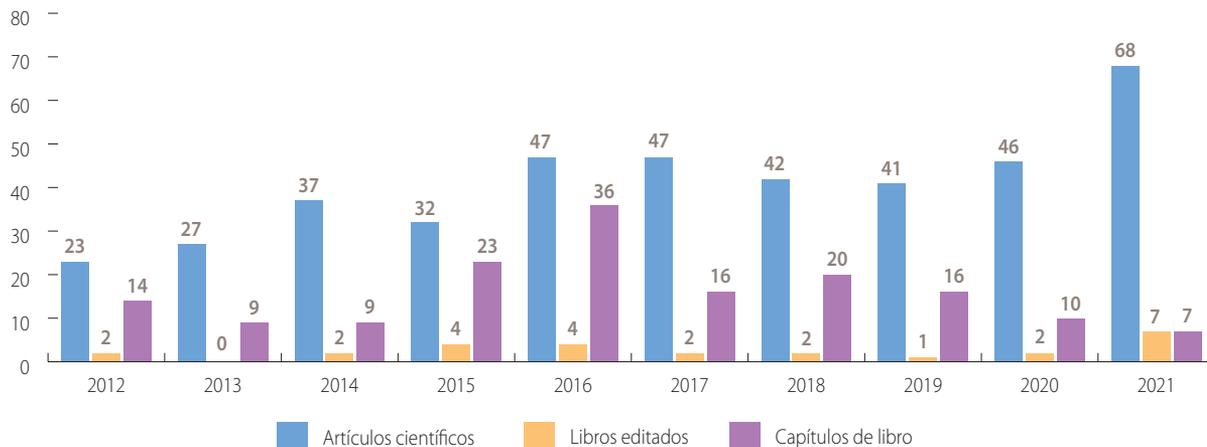


Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

Figura 2. Principales líneas de investigación en el instituto de 2015-2021.

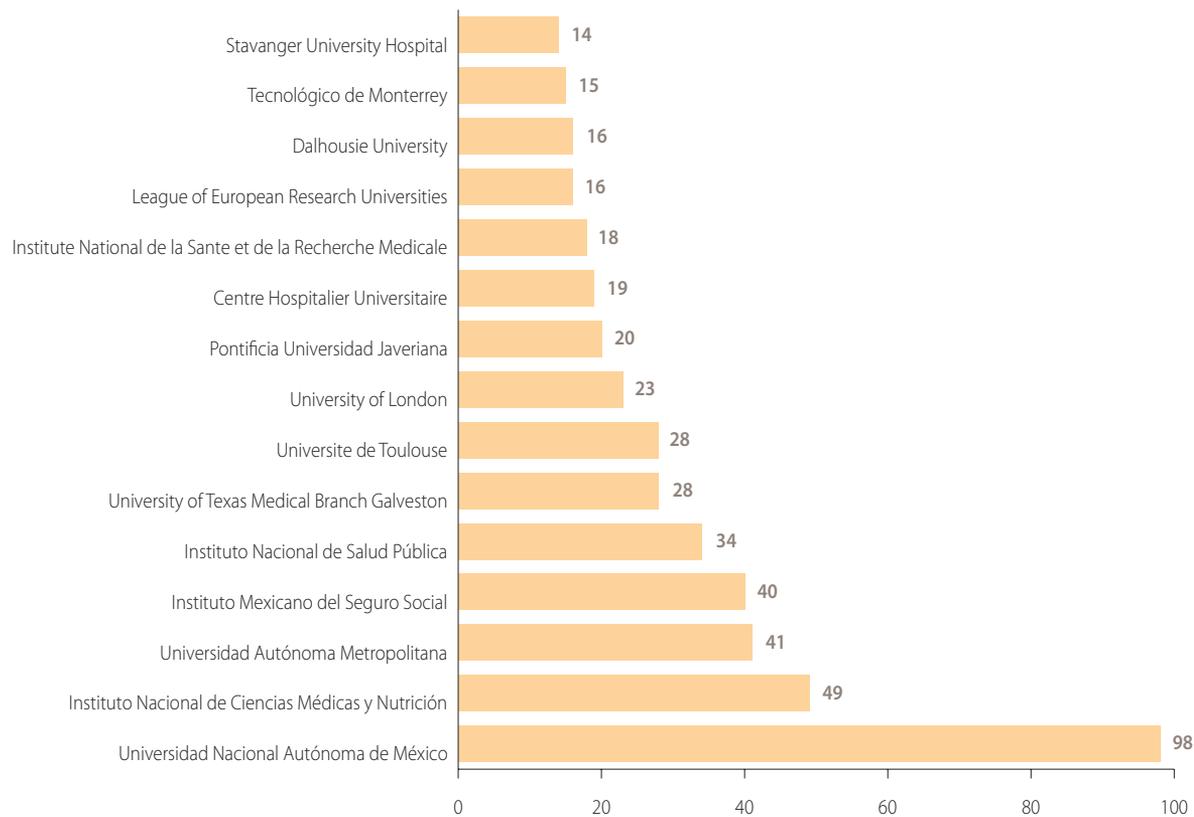
El Instituto ha tenido múltiples colaboraciones en investigación, en la gráfica 2 se muestran las principales instituciones con las que el InGer ha colaborado en publicaciones; sin embargo, se señala que son 467 instituciones diferentes tanto nacionales como internacionales. Mientras que en la gráfica 3 se muestra las principales revistas científicas en donde publican los investigadores del

InGer. En la gráfica 4 se encuentra el crecimiento exponencial respecto al número de veces que se ha citado al InGer de 2012 al 2021, lo cual evidencia la difusión del conocimiento generado y el impacto que ha tenido en la comunidad científica. Mientras que en el cuadro 4 se enlistan los 50 artículos con mayores citas que han publicado los investigadores del Instituto.



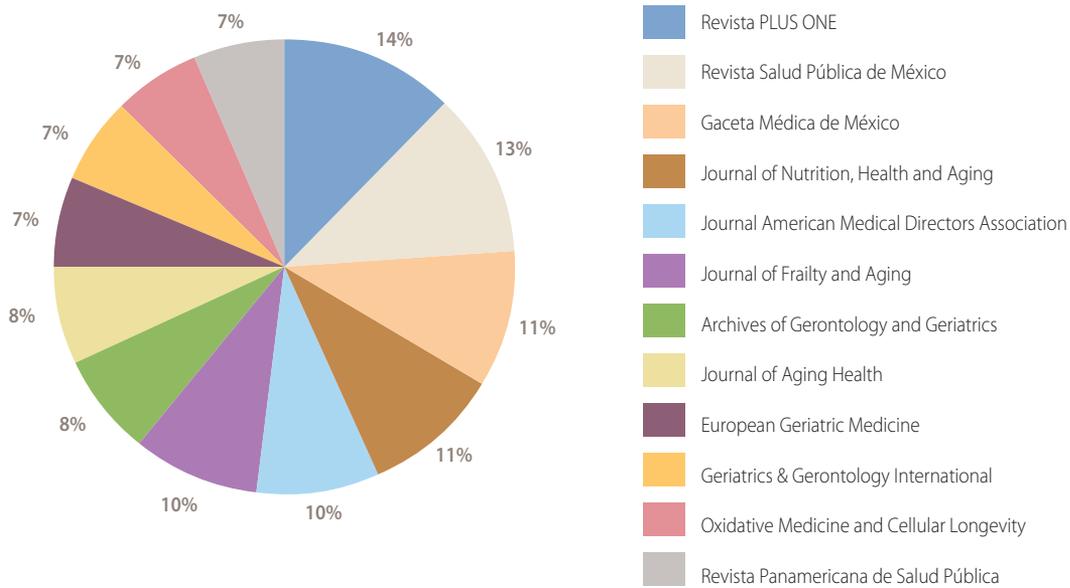
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

■ **Gráfica 1.** Producción Científica del InGer de 2012-2021



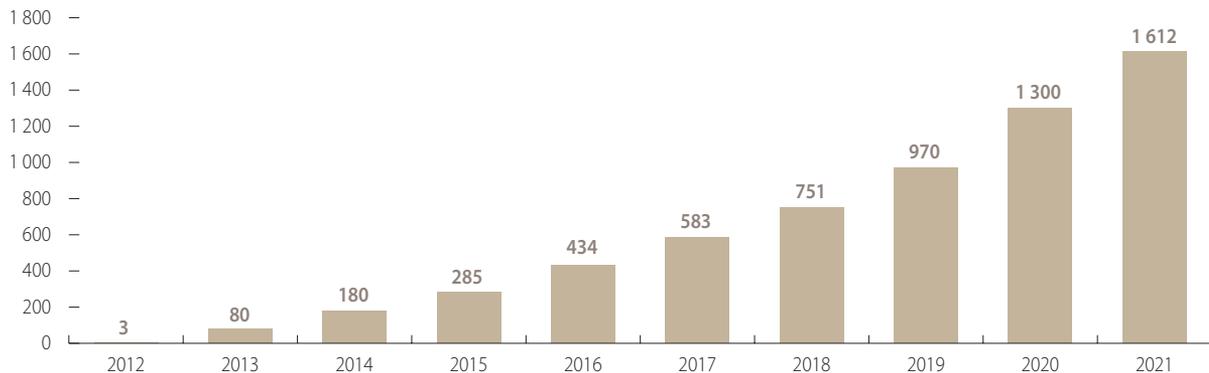
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

■ **Gráfica 2.** Principales colaboraciones en investigación del InGer



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriatria

■ **Gráfica 3.** Revistas en donde publican los investigadores del InGer



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriatria

■ **Gráfica 4.** Número de citas al InGer de 2012-2021

Cuadro 4. 50 Artículos del InGer más citados de mayor a menor, del 2012-2021.

| Título del artículo | Autores | Revista | Año |
|--|---|---|------|
| The burden of disease in older people and implications for health policy and practice | Prince MJ, Wu F, Guo Y, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. | LANCET | 2015 |
| Evidence for a Common Mechanism of SIRT1 Regulation by Allosteric Activators | Hubbard BP, Gomes AP, Dai H, Li J, Case AW, Considine T, Riera TV, Lee JE, E SY, Lamming DW, Pentelute BL, Schuman ER, Stevens LA, Ling AJ, Armour SM, <u>Michan S</u> , Zhao H, Jiang Y, Sweitzer SM, Blum CA, Disch JS, Ng PY, Howitz KT, Rolo AP, Hamuro Y, Moss J, Perni RB, Ellis JL, Vlasuk GP, Sinclair DA. | SCIENCE | 2013 |
| Frailty: An Emerging Public Health Priority | Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Michel JP, Morley JE, Ong P, Rodríguez Manas L, Sinclair A, Won CW, Beard J, Vellas B. | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2016 |
| International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management | Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, Bauer JM, Pahor M, Clark BC, Cesari M, Ruiz J, Sieber CC, Aubertin-Leheudre M, Waters DL, Visvanathan R, Landi F, Villareal DT, Fielding R, Won CW, Theou O, Martin FC, Dong B, Woo J, Flicker L, Ferrucci L, Merchant RA, Cao L, Cederholm T, Ribeiro SML, Rodríguez-Mañas L, Anker SD, Lundy J, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Bautmans I, Aprahamian I, Schols JMGA, Izquierdo M, Vellas B. | JOURNAL OF NUTRITION HEALTH & AGING | 2018 |
| Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management | Dent E,* Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, Woo J, Aprahamian I, Sanford A, Lundy J, Landi F, Beilby J, Martin FC, Bauer JM, Ferrucci L, Merchant RA, Dong B, Arai H, Hoogendijk EO, Won CW, Abbatecola A, Cederholm T, Strandberg T, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Flicker L, Bhasin S, Aubertin-Leheudre M, Bischoff-Ferrari HA, Guralnik JM, Muscedere J, Pahor M, Ruiz J, Negm AM, Reginster JY, Waters DL, Vellas B. | JOURNAL OF NUTRITION HEALTH & AGING | 2019 |
| Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico | <u>Bello-Chavolla OY</u> , Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Díaz A, Márquez-Salinas A, Fermín-Martínez CA, Naveja JJ, Aguilar-Salinas CA. | JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM | 2020 |
| Mortality as an adverse outcome of sarcopenia | Arango-Lopera VE, Arroyo P, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , <u>Pérez-Zepeda MU</u> , Cesari M | JOURNAL OF NUTRITION HEALTH & AGING | 2013 |
| SIRT2 induces the checkpoint kinase BubR1 to increase lifespan | North BJ, Rosenberg MA, Jeganathan KB, Hafner AV, <u>Michan S</u> , Dai J, Baker DJ, Cen Y, Wu LE, Sauve AA, van Deursen JM, Rosenzweig A, Sinclair DA. | EMBO JOURNAL | 2014 |
| Integrated control of hepatic lipogenesis versus glucose production requires FoxO transcription factors | Haeusler RA, Hartil K, Vaitheesvaran B, <u>Arrieta-Cruz J</u> , Knight CM, Cook JR, Kammoun HL, Febbraio MA, Gutierrez-Juarez R, Kurland IJ, Accili D. | NATURE COMMUNICATIONS | 2014 |
| The geriatric management of frailty as paradigm of The end of the disease era | Cesari M, Marzetti E, Thiem U, <u>Pérez-Zepeda MU</u> , Abellan-Van Kan G, Landi F, Petrovic M, Cherubini A, Bernabei R. | EUROPEAN JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE | 2016 |
| Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services | Sánchez-García S, Sánchez Arenas R, García-Peña C, <u>Rosas-Carrasco O</u> , Ávila-Funes JA, Ruiz-Arregui L, Juárez-Cedillo. | GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL | 2014 |
| Does the Hispanic Paradox in US Adult Mortality Extend to Disability? | Hayward MD, Hummer RA, Chi-Tsun Chiu, <u>González-González C</u> , Wong R. | POPULATION RESEARCH AND POLICY REVIEW | 2014 |
| Oral health conditions and frailty in Mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis | <u>Castrejón-Pérez RC</u> , Borges-Yáñez SA, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Avila-Funes JA. | BMC PUBLIC HEALTH | 2012 |

Continúa...

... continuación

| Título del artículo | Autores | Revista | Año |
|---|--|---|------|
| Nitric Oxide Donors as Neuroprotective Agents after an Ischemic Stroke-Related Inflammatory Reaction | Godínez-Rubí M, <u>Rojas-Mayorquín AE</u> , Ortuño-Sahagún D. | OXIDATIVE MEDICINE AND CELLULAR LONGEVITY | 2013 |
| Biology of healthy aging and longevity. | Carmona JJ, <u>Michan S</u> . | REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA-CLINICAL AND TRANSLATIONAL INVESTIGATION | 2016 |
| Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults | <u>Parra-Rodríguez L</u> , Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, <u>Rosas-Carrasco O</u> . | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2016 |
| Resveratrol accelerates erythroid maturation by activation of FoxO3 and ameliorates anemia in beta-thalassemic mice | Santos Franco S, De Falco L, Ghaffari S, Brugnara C, Sinclair DA, Mattè A, Iolascon A, Mohandas N, Bertoldi M, An X, Siciliano A, Rimmelé P, Cappellini MD, <u>Michan S</u> , Zoratti E, Janin A, De Franceschi L. | HAEMATOLOGICA | 2014 |
| Paracrine roles of cellular senescence in promoting tumorigenesis | <u>González-Meljem JM</u> , Apps JR, Faser HC, Martínez-Barbera JP. | BRITISH JOURNAL OF CANCER | 2018 |
| Increasing NAD Synthesis in Muscle via Nicotinamide Phosphoribosyltransferase Is Not Sufficient to Promote Oxidative Metabolism | Frederick DW, Davis JG, Dávila A Jr, Agarwal B, <u>Michan S</u> , Puchowicz MA, Nakamaru-Ogiso E, Baur JA. | JOURNAL OF BIOLOGICAL CHEMISTRY | 2015 |
| Senescence associated secretory phenotype profile from primary lung mice fibroblasts depends on the senescence induction stimuli | Maciel-Barón LA, Morales-Rosales SL, Aquino-Cruz AA, Triana-Martínez F, Galván-Arzate S, <u>Luna-López A</u> , González-Puertos VY, López-Díazguerrero NE, Torres C, Königsberg M. | AGE | 2016 |
| Frailty and Multimorbidity: Different Ways of Thinking About Geriatrics | Cesari M, <u>Pérez-Zepeda MU</u> , Marzetti E. | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2017 |
| Prevalence of sarcopenia in Mexico City | <u>Arango-Lopera VE</u> , Arroyo P, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , <u>Pérez-Zepeda MU</u> . | EUROPEAN GERIATRIC MEDICINE | 2012 |
| Tumour compartment transcriptomics demonstrates the activation of inflammatory and odontogenic programmes in human adamantinomatous craniopharyngioma and identifies the MAPK/ERK pathway as a novel therapeutic target | Apps JR, Carreno G, <u>González-Meljem JM</u> , Haston S, Guiho R, Cooper JE, Manshaei S, Jani N, Hölsken A, Pettorini B, Beynon RJ, Simpson DM, Fraser HC, Hong Y, Hallang S, Stone TJ, Virasami A, Donson AM, Jones D, Aquilina K, Spoudeas H, Joshi AB, Grundy R, Storer LCD, Korbonits M, Hilton DA, Tossell K, Thavaraj S, Ungless MA, Gil J, Buslei R, Hankinson T, Hargrave D, Goding C, Andoniadou CL, Brogan P, Jacques TS, Williams HJ, Martínez-Barbera JP. | ACTA NEUROPATHOLOGICA | 2018 |
| Fatigue: Relevance and implications in the aging population | Zengarini E, Ruggiero C, <u>Pérez-Zepeda MU</u> , Hoogendijk EO, Vellas B, Mecocci P, Cesari M. | EXPERIMENTAL GERONTOLOGY | 2015 |
| Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study | <u>López-Ortega M</u> , Torres Castro S, <u>Rosas-Carrasco O</u> . | HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES | 2016 |
| Oral Disease and 3-Year Incidence of Frailty in Mexican Older Adults | <u>Castrejón-Pérez RC</u> , Jiménez-Corona A, Bernabé E, Villa-Romero AR, Arrivé E, Dartigues JF, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Borges-Yáñez SA. | JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES A-BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES | 2017 |
| Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale | <u>Giraldo-Rodríguez L</u> , <u>Rosas-Carrasco O</u> . | GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL | 2013 |
| The role of insulin resistance and glucose metabolism dysregulation in the development of Alzheimer's Disease. | <u>Arrieta-Cruz J</u> , Gutierrez-Juárez R. | REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA-CLINICAL AND TRANSLATIONAL INVESTIGATION | 2016 |

Continúa...

... continuación

| Titulo del artículo | Autores | Revista | Año |
|--|---|---|------|
| Assessing the Validity of Self-Rated Health with the Short Physical Performance Battery: A Cross-Sectional Analysis of the International Mobility in Aging Study | <u>Pérez-Zepeda MU</u> , Bélanger E, Zunzunegui MV, Phillips S, Ylli A, Guralnik J. | PLOS ONE | 2016 |
| Oxidative Stress in Aging: Advances in Proteomic Approaches | Ortuño-Sahagún D, Pallàs M, <u>Rojas-Mayorquín AE</u> . | OXIDATIVE MEDICINE AND CELLULAR LONGEVITY | 2014 |
| Microbiota and Aging. A Review and Commentary | <u>García-Peña C</u> , <u>Álvarez-Cisneros T</u> , <u>Quiroz-Baez R</u> , Friedland RP. | ARCHIVES OF MEDICAL RESEARCH | 2017 |
| Stem cell senescence drives age-attenuated induction of pituitary tumours in mouse models of paediatric craniopharyngioma | <u>Gonzalez-Meljem JM</u> , Haston S, Carreno G, Apps JR, Pozzi S, Stache C, Kaushal G, Virasami A, Panousopoulos L, Mousavy-Gharavy SN, Guerrero A, Rashid M, Jani N, Goding CR, Jacques TS, Adams DJ, Gil J, Andoniadou CL, Martinez-Barbera JP. | NATURE COMMUNICATIONS | 2017 |
| Modulation of PPAR-gamma by Nutraceuticals as Complementary Treatment for Obesity-Related Disorders and Inflammatory Diseases | Ortuño-Sahagún D, Márquez-Aguirre AL, Quintero-Fabián S, López-Roa RI, <u>Rojas-Mayorquín AE</u> . | PPAR RESEARCH | 2012 |
| Subacute Thyroiditis Associated with COVID-19 | Campos-Barrera E, <u>Alvarez-Cisneros T</u> , Davalos-Fuentes M. | CASE REPORTS IN ENDOCRINOLOGY | 2020 |
| Sarcopenia Is Associated With Physical and Mental Components of Health-Related Quality of Life in Older Adults | Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, <u>Rosas-Carrasco O</u> , <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Avila-Funes JA. | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2017 |
| Handgrip Strength Predicts Functional Decline at Discharge in Hospitalized Male Elderly: A Hospital Cohort Study | García-Peña C, García-Fabela LC, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , García Gonzalez JJ, <u>Arango Lopera VE</u> , <u>Perez Zepeda MU</u> . | PLOS ONE | 2013 |
| International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines | Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, Aubertin-Leheudre M, Bernabei R, Cadore EL, Cesari M, Chen LK, De Souto Barreto P, Duque G, Ferrucci L, Fielding RA, García-Hermoso A, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Harridge SDR, Kirk B, Kritchevsky S, Landi F, Lazarus N, Martin FC, Marzetti E, Pahor M, Ramírez-Vélez R, Rodríguez-Mañas L, Rolland Y, Ruiz JG, Theou O, Villareal DT, Waters DL, Won Won C, Woo J, Vellas B, Fiatarone Singh M. | JOURNAL OF NUTRITION HEALTH & AGING | 2021 |
| Osteosarcopenic Obesity: Prevalence and Relation With Frailty and Physical Performance in Middle-Aged and Older Women | Szlejf C, <u>Parra-Rodríguez L</u> , <u>Rosas-Carrasco O</u> . | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2017 |
| Performance of the European Working Group on Sarcopenia in Older People algorithm in screening older adults for muscle mass assessment | Alves-Lourenco R, <u>Pérez-Zepeda MU</u> , <u>Gutiérrez-Robledo L</u> , García-García FJ, Rodríguez-Mañas L. | AGE AND AGEING | 2015 |
| Early estimation of the risk factors for hospitalization and mortality by COVID-19 in Mexico | <u>Carrillo-Vega MF</u> , Salinas-Escudero G, <u>García-Peña C</u> , <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , <u>Parra-Rodríguez L</u> . | PLOS ONE | 2020 |
| Frailty in community-dwelling older adults: association with adverse outcomes | Sánchez-García S, <u>García-Peña C</u> , Salvà A, Sánchez-Arenas R, Granados-García V, Cuadros-Moreno J, Velázquez-Olmedo LB, Cárdenas-Bahena Á. | CLINICAL INTERVENTIONS IN AGING | 2017 |

Continúa...

... continuación

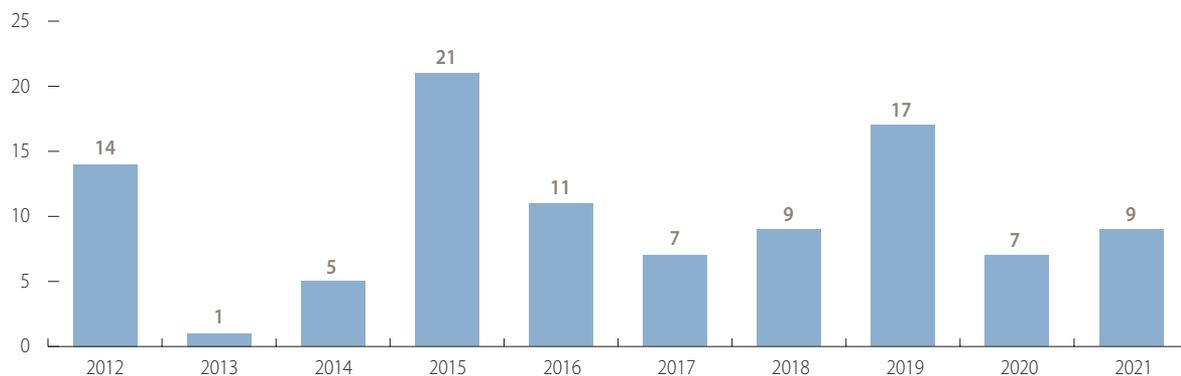
| Titulo del artículo | Autores | Revista | Año |
|--|---|---|------|
| Unequal Impact of Structural Health Determinants and Comorbidity on COVID-19 Severity and Lethality in Older Mexican Adults: Considerations Beyond Chronological Aging | <u>Bello-Chavolla OY</u> , González-Díaz A, Antonio-Villa NE, Fermín-Martínez CA, Márquez-Salinas A, Vargas-Vázquez A, Baena-López JP, <u>García-Peña C</u> , Aguilar-Salinas CA, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> . | JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES A-BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES | 2021 |
| Potential of the chlorogenic acid as multitarget agent: Insulin-secretagogue and PPAR alpha/gamma dual agonist | Becerra-Sanchez M, Miranda-Perez E, <u>Gomez-Verjan JC</u> , Fortis-Barrera MA, Perez-Ramos J, Alarcon-Aguilar FJ. | BIOMEDICINE & PHARMACOTHERAPY | 2017 |
| Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues | Angel JL, Vega W, <u>López-Ortega M</u> . | GERONTOLOGIST | 2017 |
| Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults | <u>Rosas-Carrasco O</u> , Cruz-Arenas E, <u>Parra-Rodríguez L</u> , <u>García-García AI</u> , <u>Contreras-González LH</u> , Szlejf C. | JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION | 2016 |
| Frailty among Mexican community-dwelling elderly: a story told 11 years later. The Mexican Health and Aging Study | Aguilar-Navarro SG, Amieva H, <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Avila-Funes JA. | SALUD PUBLICA DE MEXICO | 2015 |
| Diabetes mellitus, hypertension and frailty: A population-based, cross-sectional study of Mexican older adults | <u>Castrejón-Pérez RC</u> , <u>Gutiérrez-Robledo LM</u> , Cesari M, <u>Pérez-Zepeda MU</u> . | GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL | 2017 |
| Primary cultured astrocytes from old rats are capable to activate the Nrf2 response against MPP plus toxicity after tBHQ pretreatment | Alarcón-Aguilar A, <u>Luna-López A</u> , Ventura-Gallegos JL, Lazzarini R, Galván-Arzate S, González-Puertos VY, Morán J, Santamaría A, Königsberg M. | NEUROBIOLOGY OF AGING | 2014 |
| The +1858C/T PTPN22 gene polymorphism confers genetic susceptibility to rheumatoid arthritis in Mexican population from the Western Mexico | Torres-Carrillo NM, Ruiz-Noa Y, Martínez-Bonilla GE, Leyva-Torres SD, <u>Torres-Carrillo N</u> , Palafox-Sánchez CA, Navarro-Hernández RE, Rangel-Villalobos H, Oregón-Romero E, Muñoz-Valle JF. | IMMUNOLOGY LETTERS | 2012 |
| Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: WHO guidelines on community-level interventions in integrated care | Thiyagarajan JA, Araujo-de-Carvalho I,* Peña-Rosas JP, Chadha S, Mariotti SP, Dua T, Albanese E, Bruyère O, Cesari M, Dangour A, Dias A, Guerra M, Keeffe J, Kerse N, Khan QA, Liu Ch, Murthy GVS, Nyambura-Ndegwa S, Reginster JY, <u>Gutiérrez-Robledo LMF</u> , Tremblay K, Woo J, Prince M, Beard JR. | PLOS MEDICINE | 2019 |

Fuente: Elaboración propia con datos de <https://www.webofscience.com>

En lo que respecta al desarrollo de la investigación, en la gráfica 5 se muestran el número de proyectos llevados a cabo del 2012 al 2021. En el último año, se registran como vigentes 28 proyectos de los cuales 9 son nuevos, así como 10 proyectos concluidos. Estos se enlistan en el cuadro 5 junto con sus avances y los productos que se han obtenido de ellos.

Redes de Investigación

Estudiar el envejecimiento es una ardua y compleja labor debido a sus múltiples aristas y diversos enfoques. Se ha comentado, a lo largo del texto, que el fin máximo de toda investigación es su aplicabilidad en el individuo y la sociedad, es decir, la traslación del conocimiento.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría

■ **Gráfica 5.** Número de proyectos de investigación en el InGer de 2012-2021

Cuadro 5. Proyectos de investigación en el InGer, en 2021.

| Clave | Nombre del proyecto | Avance | Productividad |
|----------------|---|--------|---|
| DI-PI-013/2015 | Los mecanismos de la respuesta hormética inducida con tBHQ son regulados por PKC en un modelo de mioblastos de rata de la línea celular L6. | 100% | Artículos publicados: 1. Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 1. |
| DI-PI-001/2015 | Mecanismos de disfunción sináptica en etapas de la enfermedad Alzheimer: nuevas dianas terapéuticas y biomarcadores. | 77% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-009/2015 | Pedometer based interventions are useful for increasing physical activity among older adults living in the community: a systematic review and meta analysis. | 90% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-021/2015 | Participación de GDF-11 como factor de regeneración muscular en ratas con obesidad sarcopénica asociada al envejecimiento bajo un régimen de ejercicio. | 100% | Artículos publicados: 2. Artículos en vías de publicación: 1. Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 3. |
| DI-PI-010/2016 | Patrones de declive funcional al final de la vida. Factores relacionados y costos asociados. | 98% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-007/2017 | Condiciones sociales y de salud al nacimiento y primera infancia y su relación con las condiciones en la edad adulta y la expresión genómica, como predictores de envejecimiento saludable desde los 50 años de edad. | 100% | Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 1 |
| DI-PI-002/2018 | Validación y Estandarización de la Escala de Aprendizaje e Interferencia Semántica de Loewenstein-Acevedo, LASSI-L en población mexicana. | 90% | Se encuentra estancado el análisis de datos secundario a la contingencia sanitaria. |
| DI-PI-003/2018 | Análisis de enfermedades relacionadas con el envejecimiento con un enfoque desde la epidemiología de sistemas y la farmacología de redes. | 95% | Bases de datos generadas a partir de la información: 1. Capítulos de libro redactados: 2. |
| DI-PI-007/2018 | Maltrato en la vejez: prevalencia y factores de riesgo. Un estudio de cohorte. | 70% | Artículos en vías de publicación: 2. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 2. |

Continúa...

... continuación

| Clave | Nombre del proyecto | Avance | Productividad |
|----------------|---|--------|---|
| DI-PI-008/2018 | 3Ollin: Aplicación para la evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores. Automatización y Validación. | 90% | Artículos publicados: 1. Artículos en vías de publicación: 2. Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 2. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 1. |
| DI-PI-009/2018 | Identificación de marcas epigenéticas en el promotor del gen del RVD en músculo esquelético asociadas al funcionamiento adecuado del tejido durante el envejecimiento. | 40% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-001/2019 | Síntomas depresivos en la vida de personas adultas. Análisis secundario a partir de estudios longitudinales de envejecimiento: HRS, ELSA, ENASEM, CRELES, JSTAR y KLOSA. | 100% | Artículos publicados: 1. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 1. |
| DI-PI-002/2019 | Cambios en el desempeño de las funciones cognitivas en un seguimiento de adultos mayores ingresados en los servicios de urgencias y hospitalización de dos hospitales de la Ciudad de México. | 99% | Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 1. |
| DI-PI-003/2019 | Impacto del tabaquismo en la salud del adulto mayor. | 80% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-004/2019 | Análisis de las condiciones de salud y síndromes geriátricos de las personas adultas mayores en México. | 80% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-007/2019 | STRiDE: Strengthening Responses To Dementia In Developing Countries. | 65% | Continúa en elaboración. |
| DI-PI-008/2019 | Enhé: Estudio de Implementación de un Modelo de Intervención para Personas Mayores con Fragilidad en una Clínica de Atención Primaria en la Ciudad de México. | 80% | Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 2. |
| DI-PI-009/2019 | Estudio de la Fragilidad, Dinapenia, Sarcopenia y sus biomarcadores en la Ciudad de México (FraDysMex): Estudio Longitudinal. | 100% | Artículos publicados: 3. |
| DI-PI-011/2019 | Comparación entre una sola medición de fragilidad y varias mediciones a lo largo del tiempo -carga de fragilidad- con respecto a su asociación con uso de servicios de salud y mortalidad. | 60% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-012/2019 | El índice de vulnerabilidad social en adultos mayores mexicanos y su asociación con desenlaces adversos: un análisis longitudinal del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. | 100% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-013/2019 | Envejecimiento sano: comparación de México y Colombia. | 50% | Continúa en elaboración. |
| DI-PI-015/2019 | Estudio sobre salud y bienestar de los adultos mayores en la residencia EISHEL Nuestro Hogar. | 40% | Continúa en elaboración. |
| DI-PI-016/2019 | Asociación de los niveles séricos del colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad y desempeño físico en adultos mayores mexicanos: Un análisis transversal secundario el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud en México. | 80% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-017/2019 | Impacto de la hormona estimulante de tiroides en la salud de los adultos mayores. | 80% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-001/2020 | Patrones de transición de la discapacidad según afiliación a instituciones de salud en la población de adultos mayores en México. | 100% | Artículos publicados: 2. Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 1. |
| DI-PI-002/2020 | Caracterización de los efectos del fitoestrógeno 8- prenilaringenina aislado del lúpulo de la cerveza en un modelo in vitro de toxicidad inducida con glutamato. | 10% | Capítulos de libro redactados: 2. |

Continúa...

... continuación

| Clave | Nombre del proyecto | Avance | Productividad |
|----------------|---|--------|--|
| DI-PI-004/2020 | Actividad física, sarcopenia y obesidad sarcopénica en personas mayores no institucionalizadas de la Ciudad de México. | 100% | Formación de recursos humanos de licenciatura: 1. |
| DI-PI-005/2020 | Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento (SIESDE). | 50% | Continúa en elaboración. |
| DI-PI-006/2020 | Modelaje de poblacionales de envejecimiento metabólico utilizando algoritmos de aprendizaje automático no supervisados para la generación de herramientas simplificadas de tamizaje de riesgo. | 70% | Artículos publicados: 2. |
| DI-PI-007/2020 | Asociación entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores mexicanos. | 50% | Artículos en vías de publicación: 1. |
| DI-PI-001/2021 | Asociación entre la condición de actividad económica y la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de México. | 40% | Formación de recursos humanos de maestría y doctorado: 1. |
| DI-PI-002/2021 | Impacto de la pandemia por COVID-19 en la población mexicana: análisis de los datos públicos de COVID-19 de la Secretaría de Salud. | 100% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-003/2021 | Experiencias de la pandemia de COVID-19 en personas mayores al interior de las instituciones de cuidados a largo plazo en la Ciudad de México: análisis con perspectivas de curso de vida y género. | 95% | Artículos en vías de publicación: 1. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 4. |
| DI-PI-004/2021 | Costo de oportunidad de los cuidadores menores de edad en México. | 100% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-005/2021 | Caracterización de la epidemiología y factores de riesgo para desenlaces adversos relacionados con la enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-COV-2 en población mexicana. | 50% | Artículos publicados: 7. |
| DI-PI-006/2021 | Términos de corrección en modelos lineales mixtos y estimación de ingreso, una ilustración con datos de la ENIGH asociados a adultos mayores. | 90% | Artículos publicados: 1. |
| DI-PI-007/2021 | Soledad y aislamiento social como predictores de mortalidad en la población de adultos mayores. | 85% | Artículos en vías de publicación: 1. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 1. |
| DI-PI-008/2021 | Búsqueda y reposicionamiento computacional de moléculas activas con potencial como geroprotectores. | 30% | Artículos en vías de publicación: 1. Presentación en Seminarios, Conferencias o Congresos: 1. |
| DI-PI-009/2021 | WheelTrak: Desarrollo de una aplicación de alerta de mantenimiento de sillas de ruedas para adultos mayores. | 0% | Aún no empieza. |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría

Para realizar esta tarea es necesario sumar esfuerzos de distintos frentes para comprender los fenómenos de la realidad. Es por ello que las colaboraciones y la formación de redes de investigación son vitales. Dentro del Instituto se han formado dos redes de investigación que han tenido alcances y objetivos diferentes y han contribuido a entender el envejecimiento saludable y ayudado a trazar un camino hacia éste.

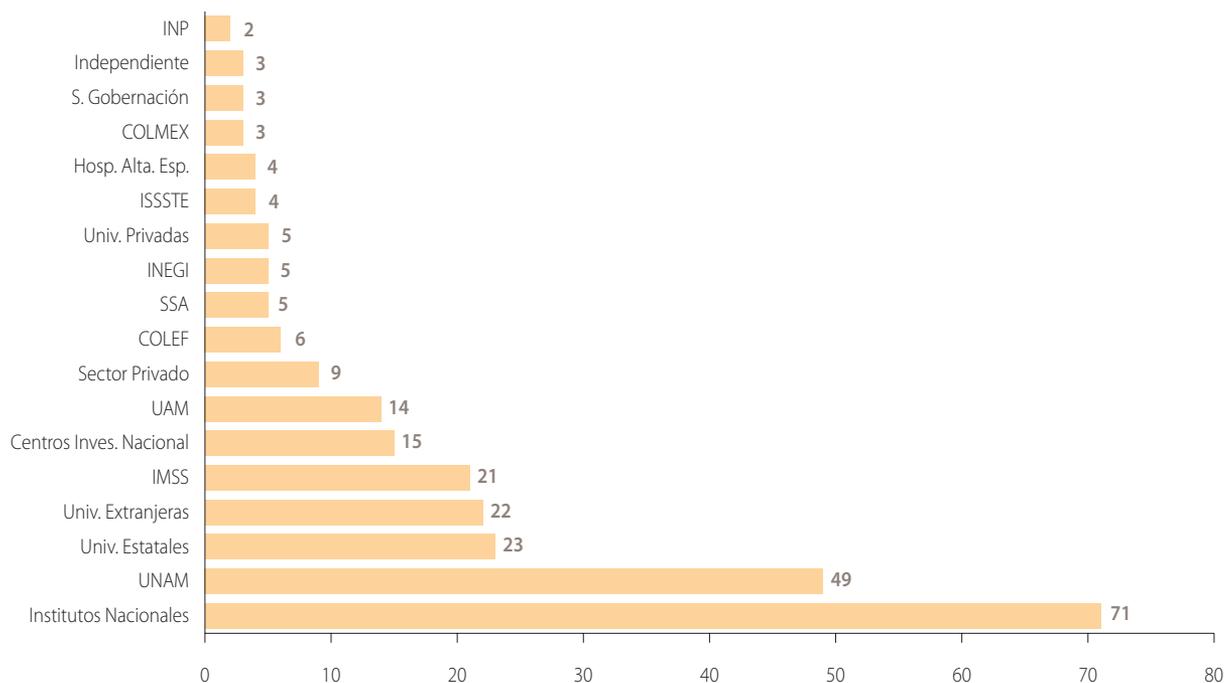
Estas son la Red Temática Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (REDESDES) que finalizó en 2018 y la Red Colaborativa de Investigación Transaccional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES) que terminó en 2022. Al mencionar su fin, nos referimos a que su financiamiento y su “periodo de entregables” terminó, pero las redes formadas entre investigadores y los canales de comunicación entre ellos siguen y segui-

rán vigentes. A continuación, se describen brevemente ambas redes.

Red Temática Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (REDESDS).

Fue aprobada en 2010 como Red Temática por CONACYT. Hasta el 2012 sus principales acciones estuvieron encaminadas a realizar un estudio diagnóstico sobre la situación de la investigación sobre envejecimiento en México. Este fue el primer esfuerzo por ubicar las actividades y conocimientos producidos por investigadores e instituciones que se encontraban alrededor del tema, el cual culmina con la publicación de dos documentos: el libro “Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria” y el reporte “Perspectivas para el desarrollo de la investigación y la gerontecnología en México”,

ambos dan lugar a comprender las líneas de investigación sobre envejecimiento y sus prioridades en cada una. En los siguientes años se integró la red de investigadores, esto condujo a que existiera movilidad nacional e internacional entre ellos, lo que promovió la formación y capacitación en recursos humanos y la divulgación del conocimiento. Dentro de los frutos de esta red se nombran: la divulgación del conocimiento, la movilidad de investigadores entre instituciones (10 estancias de investigación, 4 nacionales y 6 internacionales), la actualización del recurso humano a través de cursos, diplomados, seminarios y talleres realizados dentro de la red y el inicio de múltiples colaboraciones sobre el envejecimiento entre investigadores. Esta red fue una de las redes temáticas del CONACYT con mayor éxito, cuenta con 264 miembros, en la gráfica 6 se visualiza la adscripción de los miembros de esta red.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

■ **Gráfica 6.** Número de investigadores pertenecientes a la REDESDS

A pesar de todos estos esfuerzos, la realidad es que los recursos eran insuficientes y no se lograba utilizar la abundante y cualificada información que generaba la red, al carecer de un número adecuado de investigadores enfocados en el análisis de la misma, ni contar con los recursos materiales, financieros y tecnológicos para su cabal aprovechamiento. Con el fin de solventar tal situación en años posteriores se forma la RECITES.

Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES).

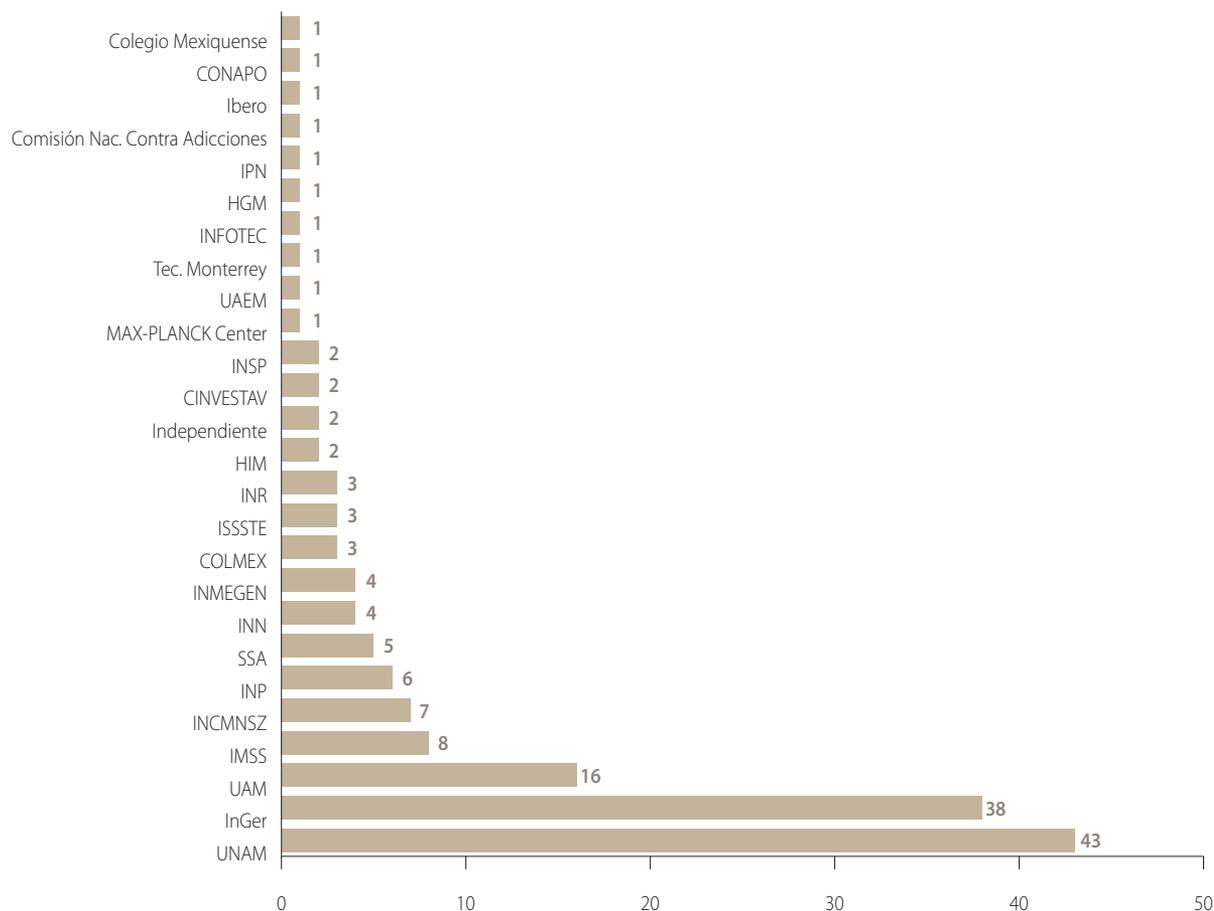
En consecuencia a la situación demográfica y epidemiológica de la Ciudad de México, la abundancia de datos sin explotar descubierta gracias a la REDESDS y la necesidad de estrechar más lazos entre investigadores del tema; se crea la RECITES financiada por CONACYT. El fin de esta red fue aprovechar los recursos existentes, fortalecer los equipos de investigación vigentes, promover mayores vínculos de colaboración entre estos y crear un punto de encuentro e intercambio de conocimiento transdisciplinar para estudiar el envejecimiento, procesar la información y divulgar el conocimiento.

El objetivo de esta red fue contribuir a entender la biología del envejecimiento, su relación con la salud y la enfermedad, así como sus influencias e impactos en la sociedad en su conjunto y en el sistema de salud, además de promover la colaboración entre diversos investigadores básicos, clínicos y sociales, junto con los tomadores de decisiones; con el fin desarrollar intervenciones y estrategias que aumenten la esperanza de vida saludable de los habitantes de la Ciudad de México.

De esta red es importante resaltar que se desarrollaron dos laboratorios. El Laboratorio de Ciencias de Datos (LCD) y el Laboratorio de Políticas Públicas (LPP). El LCD tenía como fin el estar a la vanguardia en el análisis de datos y el big data, al hacer uso de métodos complejos de análisis de la información (por ejemplo: algoritmos de simulación estadística, modelos espaciales en información geo referenciada, modelo basado en simulaciones aplicado en política de salud pública, etc.), para abordar el envejecimiento desde la perspectiva funcional y de salud. Su creación permitió la recolección, el manejo, la estructuración y el desarrollo de bases de datos provenientes de múltiples fuentes de información de investigación y clínica, lo que permitió tener al alcance sólida evidencia que fue de gran utilidad para la toma de decisiones. Entre las fuentes que analizaron están: el Estudio Nacional sobre Envejecimiento y Salud (ENASEM), el cuestionario para “la elaboración de un directorio de residencias y su nivel de preparación por la pandemia de COVID-19” y el Sistema Nacional de Información para Dependencia y Envejecimiento Saludable.

Mientras que el LPP nació apoyándose de la información recolectada por el LCD, este aprovechó los principios de la inteligencia colectiva para la solución de problemas públicos. Conformándose como un punto de encuentro entre la academia y el sector público y privado para el desarrollo e innovación en las prácticas de políticas públicas en el envejecimiento y la toma de decisiones. Y con este fin, aumentar el impacto de la investigación al incorporar la evidencia generada en el proceso de la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas.

La red cuenta con 159 investigadores de diversas instituciones, en la gráfica 7 se visualiza esa información. Dentro de sus aportaciones están la



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría

■ Gráfica 7. Número de investigadores pertenecientes a la RECITES

clasificación de la dependencia funcional, el primer Plan de Acción y Estudio de Carga de Enfermedad en la CDMX, el reporte que analiza indicadores tales como años de vida saludables perdidos y muerte prematura en la población mayor de 60 años de la CDMX y la estructura del Programa de Acción Específico (PAE) sobre Envejecimiento de la Secretaría de Salud.

En conclusión, esta red fortalece a los investigadores en el estudio del envejecimiento porque, además de los avances en el análisis de datos y su incorporación en la toma de decisiones, expande

las relaciones de los profesionistas dedicados al tema y los pone en contacto con múltiples instituciones y personajes que complementan su práctica profesional.

Laboratorios de investigación del Instituto

Dentro del Instituto se encuentra la infraestructura necesaria para realizar funciones de investigación, desarrollo e innovación desde el área clínica hasta la social; la superficie que emplea para esas tareas asciende a más de 3,120m². Para ello hace uso de

4 laboratorios de investigación, los cuales son: Laboratorio de Investigación en Evaluación Funcional del Adulto Mayor (LIEFAM), el Laboratorio de Biología en el Envejecimiento (LBE), la Unidad de Fisiología Integrativa (UFI) y el Laboratorio de Ciencia de Datos y Laboratorio (LCD) junto con el Laboratorio de Política Pública (LPP). Estos dos últimos laboratorios ya no cuentan con financiamiento a la fecha actual.

El LIEFAM es único en el país y cuenta con servicios de consulta externa y una área de pruebas de desempeño físico. Dentro de los servicios que se brindan en la consulta externa están nutrición, psicología y geriatría, principalmente; además existe un área de choque y de atención inmediata en caso de emergencias médicas, junto con una zona de toma de muestras. Por otro lado, el área de pruebas de desempeño físico está equipada con tecnología y recursos de alta gama para realizar evaluaciones de equilibrio, densitometría ósea, velocidad en la marcha, fuerza muscular y metabolismo; con el fin de tener toda la información para la evaluación integral del paciente y de enfermedades como sarcopenia, osteoporosis, fracturas, evento vascular cerebral (EVC), etc. Algunos de los recursos dentro del laboratorio se pueden usar tanto en humanos como animales, por ejemplo: el aparato para densitometría ósea cuenta con los accesorios para

ser usado también en roedores. En el cuadro 6 se muestra un resumen de las principales características del LIEFAM.

El LBE se clasifica como un laboratorio básico nivel de bioseguridad 2 y sigue las recomendaciones de la OMS en su Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. En este espacio se realizan proyectos de investigación enfocados a estudiar los mecanismos biológicos del envejecimiento mediante el uso de métodos bioquímicos, moleculares, genómicos y fisiológicos, con el fin de obtener información que pueda ser empleada en el individuo y la sociedad, validando las hipótesis derivadas de estudios poblacionales en modelos animales. Los principales temas que se estudian son las enfermedades neurodegenerativas, la diabetes, la regulación metabólica, el estrés oxidativo, etc. Cuenta con una zona de almacenamiento con 6,254 muestras, las cuales corresponden a 409 animales de laboratorio, 1,225 sujetos de diferentes estudios en colaboración, así como 2,000 muestras pertenecientes a una cohorte, entre otras. Por otro lado, el laboratorio tiene un área de procesamiento de muestras en donde se realiza el trabajo experimental, es importante señalar que está equipado con tecnología precisa y confiable para realizar la labor de investigación. En el cuadro 7 se muestra un resumen de las principales características del LBE.

Cuadro 6. Características del LIEFAM

| | |
|--|---|
| Superficie | 432m ² |
| Áreas | Consulta externa y pruebas de desempeño físico |
| Servicios de consulta externa | 3 Consultorios adaptables a nutrición, psicología y geriatría, consultorio de choque y zona de toma de muestras |
| Servicios de pruebas de desempeño físico | Densitometría ósea, marcha, postura, composición corporal, dinamometría y física médica: electrocardiograma, electromiograma y electroencefalograma |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría.

Cuadro 7. Características del LBE

| | |
|----------------------------|--|
| Superficie | 226m ² |
| Áreas | Almacenamiento de muestras y procesamiento de muestras |
| Almacenamiento de muestras | Red fría con 2 equipos de ultracongelación, 1 congelador, 2 de refrigeración y una máquina de hielo |
| Procesamiento de muestras | Equipo de cromatografía de alta resolución, sistema de visualización y cuantificación de imágenes en infrarrojo, cuarto de cultivo, área de microscopía, área de lavado y esterilización de equipo |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriatria.

En el caso de la UFI, se puso en marcha en 2021 y tiene como fin realizar investigación usando roedores como modelos, el cual promoverá la investigación básica, biomédica y preclínica en el envejecimiento. Su diseño está acorde a la NOM-062-ZOO-1999 sobre “Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio” y la Guía para el Cuidado y Uso de los Animales de Laboratorio del National Research Council (NRC). Ofrece 3 áreas: de alojamiento, un laboratorio de estudios metabólicos y otro de estudios conductuales y acondicionamiento físico; las tres cuentan con áreas de apoyo como vestidores, almacén, lavado de material, manejo del roedor, etc. Se prevé que albergue a 2,500 roedores como máximo. Es importante remarcar que comenzó funciones y proyectos de investigación en 2022. En el cuadro 8 se muestra un resumen de las principales características del UIF

Mientras que el LCD y el LPP nacieron y tuvieron financiamiento por parte de la RECITES,

el cual finalizó en 2022. En síntesis, el primero se enfocó al análisis sofisticado de datos de múltiples fuentes de información y el segundo se impulsó en el LCD para promover un punto de encuentro para la participación de diversos actores en la toma de decisiones en política pública. El cuadro 9 muestra las principales características.

Comités en el InGer

El instituto cuenta con 4 Comités: 1) Comité de Investigación (CI) con registro vigente, operando desde 2012; 2) Comité de Ética en Investigación (CEI) con registro vigente, operando desde 2012; 3) Comité de Bioseguridad (CBS) con registro en trámite, establecido en 2020; y 4) Comité Interno para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL) aprobado por el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA), operando desde 2021. Cada uno de ellos permite que los proyectos de investigación se

Cuadro 8. Características de la UFI

| | |
|------------|---|
| Superficie | 268m ² |
| Áreas | Alojamiento de roedores, estudios metabólicos, zona de pruebas conductuales y acondicionamiento físico. |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriatria.

Cuadro 9. Características del LCD y LPP

| | |
|------------|--|
| Superficie | 90m ² |
| Áreas | Cubículos de investigación |
| LCC | Sus objetivos estaban en el análisis de datos y el big data, al hacer uso de métodos complejos de análisis de la información. Permitted la recolección, el manejo, la estructuración y el desarrollo de bases de datos de información provenientes de múltiples fuentes de información de investigación y clínica. |
| LPP | Su fin era generar un punto de encuentro entre la academia y el sector público y privado para el desarrollo e innovación en las prácticas de políticas públicas en el envejecimiento y la toma de decisiones. |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria.

lleven a cabo bajo los principios de viabilidad, relevancia, factibilidad, pertinencia, ética y calidad, además de que cumplan con la normativa vigente. En 2021, el CI se reunió en 5 ocasiones, al igual que el CEI. Mientras que el CBS y el CICUAL tuvieron 6 reuniones, respectivamente. En el cuadro 10 se muestra la productividad de cada comité en 2021.

Centro Colaborador OMS/OPS en Atención Integrada para el Envejecimiento Saludable

Como se comentó previamente, este Centro Colaborador apoya en el cumplimiento de los objetivos

propuestos por la OMS/OPS sobre el envejecimiento saludable. Es uno de los logros más importantes en el área de investigación porque demuestra el alcance que ha tenido el Instituto en vinculación interinstitucional. La agenda de trabajo está establecida para los próximos cuatro años, sin embargo, en el cuadro 11 se colocan los avances en el cumplimiento de las actividades hasta el momento.

Maestría y Doctorado en Gerociencia

En este apartado se hace mención de otro importante logro en materia de investigación dentro del Instituto, es decir, la aprobación del campo discipli-

Cuadro 10. Productividad de los Comités del instituto en el 2021.

| Actividades | Comité de Investigación | Comité de Ética en Investigación | Comité de Bioseguridad | Comité Interno para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| Número de reuniones | 5 | 5 | 6 | 6 |
| Número de protocolos recibidos | 10 | 3 | 0 | 1 |
| Número de proyectos aprobados | 9 | 2 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Secretaría Ejecutiva de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, 2021.

Cuadro 11. Avance de las actividades del Centro de Colaboración sobre envejecimiento saludable InGer-OMS/OPS.

| Actividades | Avance |
|---|--|
| 1. Apoyar a la OMS/OPS en evaluar la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de los adultos mayores. | Se ha realizado la búsqueda de posibles indicadores de salud para adultos mayores. Revisando diversas bases de datos nacionales e internacionales. (En proceso). |
| 2. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de indicadores para medir el desempeño del sistema de salud respecto al cuidado de las personas mayores. | Se ha desarrollado un indicador sobre dependencia, el primero en el país, utilizando toda la información disponible en censos, encuestas, etc. (En proceso). |
| 3. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de estándares para competencias sobre los cuidados hacia las personas mayores. | Se estableció el Comité de Gestión por Competencias de la Geriátría (CGCG) junto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) por medio del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER). En donde se definió la agenda para la formación de recursos humanos calificados en la atención de personas mayores, mediante la capacitación, evaluación y certificación laboral. (En proceso). |
| 4. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de recomendaciones para promover el envejecimiento saludable con perspectiva del curso de vida. | Aún sin iniciar. |
| 5. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de una revisión sistemática sobre el efecto de la multimorbilidad y la polifarmacia en la capacidad intrínseca. | Aún sin iniciar. |
| 6. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de una herramienta de evaluación para identificar necesidades de atención en adultos mayores, en países de bajos y medios ingresos. | Aún sin iniciar. |
| 7. Apoyar a la OMS/OPS en el desarrollo de recomendaciones para mejorar el problema de polifarmacia en adultos mayores. | Se comenzó con la revisión sistemática sobre polifarmacia en adultos mayores. (En proceso). |
| 8. Apoyar a la OMS/OPS en el establecimiento de una red de trabajo entre los Centros de Colaboración. | Aún sin iniciar. |
| 9. Apoyar a la OMS/OPS en la disseminación de la información generada por los Centros de Colaboración sobre el envejecimiento saludable. | Aún sin iniciar. |

nario en Gerociencia en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la UNAM (<https://www.pmdcmos.unam.mx>). Su gran relevancia radica en el impulso que esto representa en la formación de recursos humanos especializados dentro del campo de envejecimiento; sin duda alguna es una inversión a futuro, que permitirá crecer el bagaje de conocimientos sobre el tema y fortalecerá su posicionamiento en la agenda pública.

Este Agosto 2022 ingresó la primera generación y la sede será el InGer.

Financiamiento.

De manera muy general se comenta la procedencia de los recursos destinados a investigación por el Instituto. El InGer ha sometido diversas propuestas para la obtención de fondos. De estas, es impor-

tante comentar el aporte continuo del CONACYT y se resaltan, por su aportación, la donación a cargo de la Fundación Gonzalo Río Arronte (FGRA) y los recursos que derivaron de la participación en una Convocatoria emitida por la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México (SECTEI). En la gráfica 8 se muestra la procedencia de recursos de terceros y externos de 2015-2021. Gracias a todo este aporte económico, derivado de múltiples esfuerzos por mantenerlo e incrementarlo, es posible llevar a cabo todas las tareas de investigación.

Enseñanza y divulgación

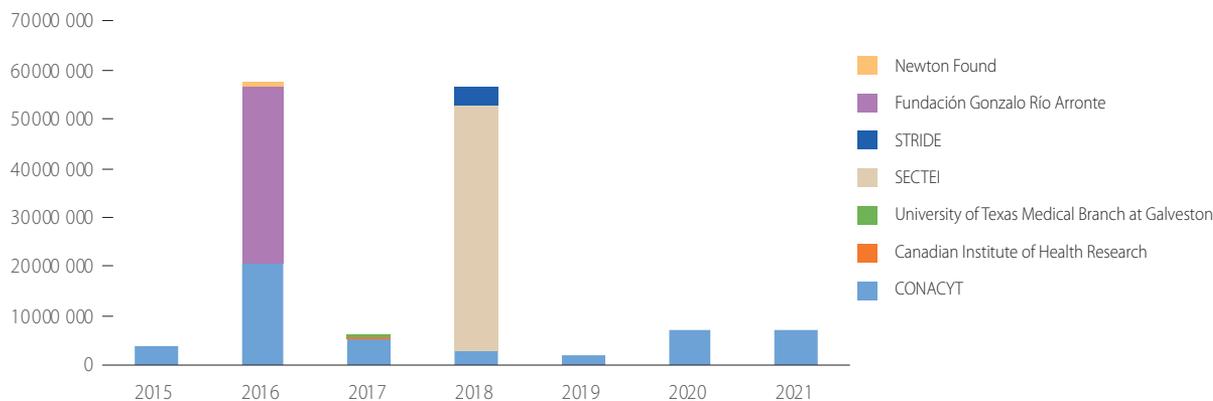
Otra de las tareas relevantes del InGer es la enseñanza de temas sobre el envejecimiento para la formación de recursos humanos y la divulgación del conocimiento. Es evidente que la divulgación no debe de ser exclusiva de la comunidad científica y los tomadores de decisiones, también debe de abarcar a los cuidadores de las personas mayores y al público en general. Por

ello el Instituto ha ideado estrategias para poner al alcance de todos la información generada.

Enseñanza en el Instituto.

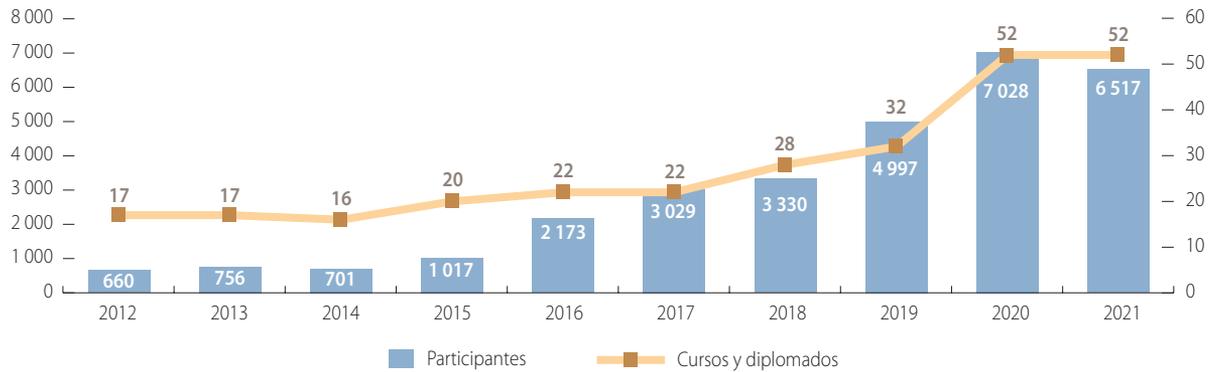
Desde el 2012 se han impartido 277 cursos y diplomados con 30,208 participantes que los concluyeron con constancia; esto se desglosa por año en la gráfica 9. De estos, 127 fueron presenciales con 3,895 asistentes, mientras que de manera virtual se impartieron 150 con 26,313 asistentes, las gráficas 10 y 11 muestran estos datos por año, respectivamente. Los cursos y diplomados han tenido cobertura nacional y presencia en diversos países de Latinoamérica (26).

En los últimos tres años, se mantuvo la tendencia de crecimiento en el número de profesionistas que concluyeron los cursos con constancia, en 2021 fue de 6,517. Es de mencionar que en el año 2020 los participantes fueron más de 7,000 debido a que el curso de “COVID-9 y Residencias de personas adultas mayores” atrajo gran parte de ellos (27).



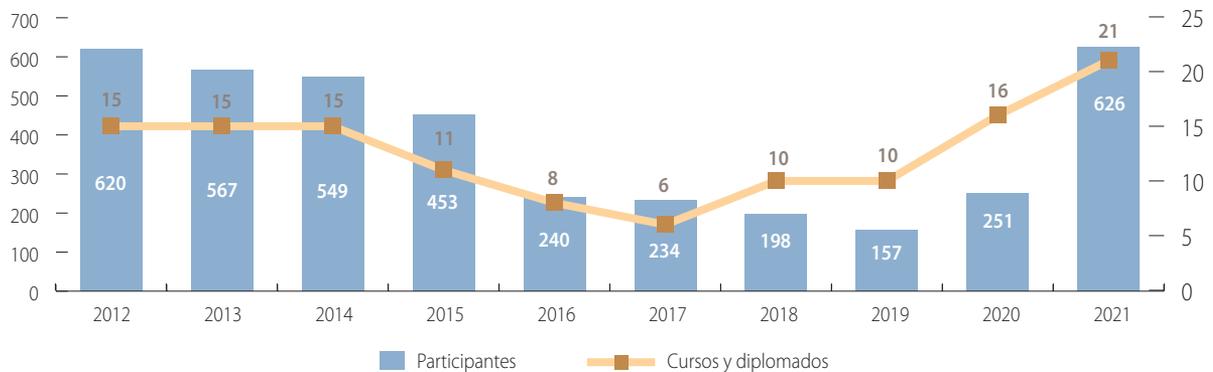
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría

■ **Gráfica 8.** Recursos destinados a investigación en el InGer de 2015-2021



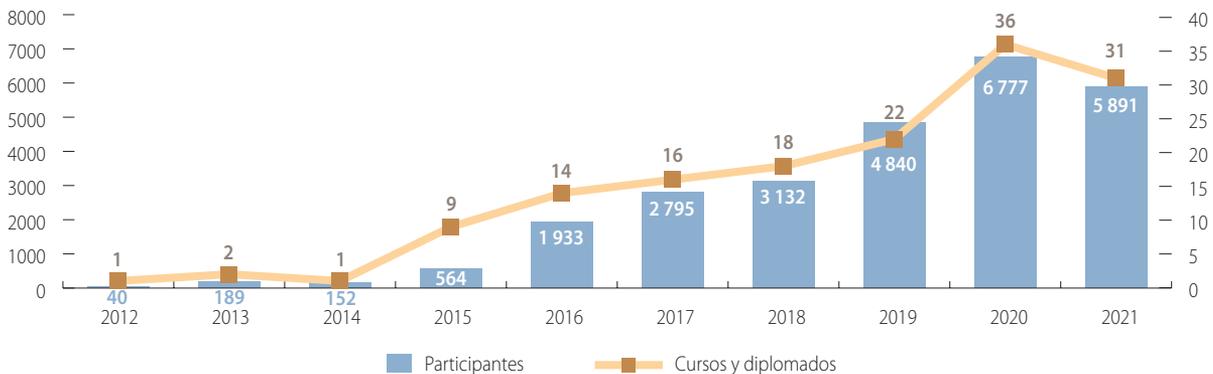
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

Gráfica 9. Cursos y diplomados impartidos y participantes de 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

Gráfica 10. Cursos y diplomados presenciales y participantes de 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátria

Gráfica 11. Cursos y diplomados a distancia y participantes de 2012-2021

De los 52 cursos ofertados en 2021, el 40.4% fueron presenciales y el 59.6% en línea. Todos han tenido una evaluación ex ante y ex post de conocimientos que evidencia la adquisición favorable de la información proporcionada a los participantes. Además, la percepción que estos tienen de los cursos ha sido alta, superando el indicador de la meta propuesta sobre percepción del curso o diplomado (27).

De todos, se resalta el curso Atención Integrada para un Envejecimiento Saludable (Integrated Care for Older People) -ICOPE- ya que se trabajó en conjunto con la OMS/OPS, por lo que tuvo alcance internacional y expandió la zona de influencia del Instituto (a Chile, Argentina y Costa Rica, principalmente). En consonancia con ello, se puede mencionar que, de todos los participantes que tomaron los cursos y diplomados ofertados en 2021, el 8.4% (492) de ellos son extranjeros de más de 20 países diferentes. Esto resalta nuevamente el alcance que el InGer está teniendo en la formación de profesionales a nivel internacional (27).

En la siguiente liga se accede a la oferta educativa presencial y virtual que actualmente tiene el Instituto, así como la descripción de cada curso y las fechas inscripción: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/ensenanza-inger.html>

Es importante resaltar que todo el material educativo ofertado tiene una fase de actualización. Además, el Instituto continúa con la generación de más cursos. En 2021, se diseñó el curso presencial de “Prestación de Apoyo Básico Centrado en la Persona Mayor con dependencia” y el curso a distancia de “Metodología de la Investigación en Geriátría” (27).

Cabe agregar dentro de las actividades de enseñanza, que el InGer ha tenido múltiples colaboraciones para el desarrollo e impartición de cursos, por ejemplo con Universidad Estatal del Valle de Ecatepec en donde desarrolló el programa acadé-

mico de la “Especialidad en Atención Integrada de Personas Mayores”. También ha promovido la creación de otro Centro de Certificación y Evaluación por Competencias, sumando 5 en total (27).

Se señala que la alianza que tiene el InGer con la SEP mediante el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER) y a través del Comité de Gestión por Competencias de la Geriátría (CGCG) sigue vigente. En el link se puede visualizar los cursos en donde el Instituto participa en la certificación <https://conocer.gob.mx>

Uno de los grandes vacíos dentro del Instituto en el ámbito de la enseñanza es la ausencia de formación de médicos residentes y personal de la salud en general; el cual se espera subsanar en los siguientes años.

Divulgación del conocimiento

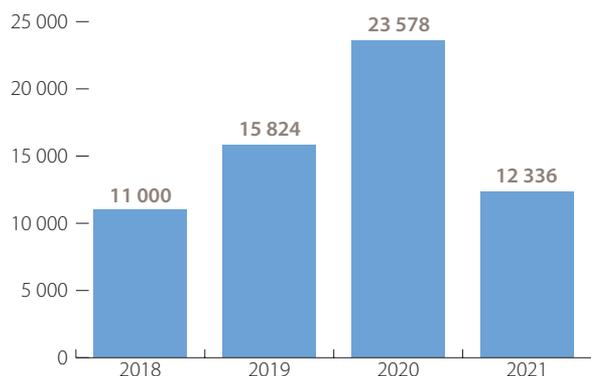
En cuanto a la divulgación científica, en el 2021 el Instituto ha centrado sus esfuerzos en mantener la información al alcance del público en general y del público especializado, es decir, los académicos y tomadores de decisiones. En cuanto al público en general, el InGer ha hecho uso de las redes sociales, su página web, el Boletín Informativo, la Jornada de Envejecimiento Saludable, entrevistas a medios de comunicación y varias infografías para difundir información (27).

Las redes sociales han sido el medio que ha tenido mayor recepción. El canal de YouTube (<https://www.youtube.com/Geriatriamx>) tuvo un incremento de visitas en un 77.27% en 2021 en comparación con el año pasado y está cerca de alcanzar 5,000 suscriptores. La página oficial del InGer en Facebook (<https://www.facebook.com/institutonacionaldegeriatria.mexico>) es la red social que tiene

el mayor alcance y crecimiento, con 14,054 seguidores en 2021. Mientras que en Twitter (<https://twitter.com/Geriatriamexico>), el Instituto ha tenido mayor presencia en personas especializadas en geriatría, con 30,133 seguidores (27).

Por otro lado, el Boletín Informativo (<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/archivo-boletin.html>) -con más de 32 emisiones desde su creación- se fortaleció y se hizo más amigable con el usuario. Al presentar una imagen más fresca y sencilla, dirigida a personas mayores, familiares y cuidadores informales (27). En la gráfica 12 se muestran las visitas al boletín desde 2018.

La Jornada de Envejecimiento Saludable realizada en Noviembre del 2021 tuvo el objetivo de tener un mayor alcance y no sólo concentrarse en lo académico y formal. Siendo las redes sociales la principal forma de transmitir el evento. Las 5 ponencias diferentes tuvieron en total 7,278 reproducciones en Facebook, 580 espectadores en Twitter y 2,351 visitas en YouTube (27).



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría

■ **Gráfica 12.** Número de visitas al Boletín Informativo del InGer de 2018-2021

En cuanto a las entrevistas realizadas en 2021, estas fueron 7 en canales de medios como Canal 11, Televisa, La Hora Nacional y La Corral Studio. Por último, las infografías diseñadas por el Instituto han logrado que el conocimiento científico se vuelva entendible y disponible a la comunidad en general (27).

Sin embargo, es necesario un fundamentación más contundente en el alcance y la necesidad del Instituto hacia la población en general. Se tendrá que idear campañas de divulgación que incidan en la razón del ser y los beneficios que proporciona el Instituto a la sociedad mexicana.

En cuanto a la divulgación dirigida a profesionales y especialistas en el envejecimiento, los principales instrumento del Instituto son su Repositorio Institucional y su participación en Congresos. El Repositorio (<http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/>) cuenta con 200 publicaciones y ha presentado un crecimiento en su interacción con los interesados; en 2021 los archivos se descargaron 44,784 veces y se revisaron 221,221 veces. Esto significó un aumento en comparación con el año 2020, ya que sus valores fueron 43,207 y 131,405 veces respectivamente.

Atención médica

Es importante remarcar que el InGer tiene una gran deuda con su nombramiento y las reglas de operación de los Institutos Nacionales de Salud. Esta deuda se encuentra en el ámbito de la atención médica; por diversos motivos no se ha podido implementar los servicios de atención desde la fundación del Instituto, principalmente por las cuestiones presupuestales. El objetivo de su creación no era precisamente la proporción de servicios médicos, estaba más enfocado a la enseñanza e investigación en el envejecimiento; sin embargo, sí se

tenía contemplado incorporar en algún momento la atención geriátrica.

En 2021, el Instituto sostuvo reuniones con la SHCP, la Dirección General de Recursos Humanos de la SSA y con el Titular de la Unidad de Administración y Finanzas de la propia Secretaría, con el fin de solicitar plazas para comenzar con el funcionamiento de la Unidad de Atención Integrada en 2022 (27). El número de plazas ideales para realizar esta tarea son 78, que incluyen médicos, enfermeras, puestos de mando, laboratoristas, investigadores, administrativos y personal de apoyo. Sin embargo, las plazas finalmente autorizadas fueron únicamente 18 -de ellas 6 médicos- pero desafortunadamente no fue autorizado el personal de estructura. Es decir, esta nueva área no contará con Director ni personal de confianza que ejecute las funciones de planeación, supervisión, evaluación, entre otras.

Por lo anterior, será prioridad de la nueva Dirección General continuar con las negociaciones pertinentes para contar con los recursos que permitan el pleno funcionamiento de las diversas áreas del Instituto.

También se puso en marcha los procesos de licitación para la compra de materiales, reactivos, tecnología, consumibles en general, entre otros para adquirir los recursos necesarios que permitan el funcionamiento de la unidad.

El propósito de esta unidad es atender a la población adulta mayor que padece enfermedades de alta complejidad. El InGer cuenta con 7 consultorios para rehabilitación geriátrica, medicina del deporte, psicología, nutrición y sala de terapia física y rehabilitación.

Con el inicio de la atención médica se realizan las tres funciones sustantivas dentro del Instituto: enseñanza y divulgación, investigación y servicios de atención en geriatría.

Procesos administrativos

En cuanto a la parte administrativa, los procesos estaban bajo la responsabilidad de una oficina nivel Subdirección, debido a que en la configuración inicial del InGer solo se contempló a la Dirección de Investigación y a la Dirección de Enseñanza y Divulgación.

A pesar de que se hicieron las negociaciones respectivas, la plaza de Dirección de Administración no fue autorizada este año 2022, dejando un enorme pendiente para la próxima Dirección General.

La gestión actual del Instituto en términos administrativos de los recursos financieros, materiales y humanos, ha permitido la operación y funcionamiento del InGer actuando en estricto apego al marco normativo, priorizando y racionalizando el gasto para permitir el desarrollo de las actividades sustantivas, sin descuidar el patrimonio integrado por un bien inmueble que demanda altos costos por concepto de mantenimiento a una infraestructura de 14,486m² de superficie construida (que, derivado de contratos de comodato, comparte con distintas unidades administrativas), de un total de 40,134.64m² de superficie, así como de bienes muebles que han aumentado significativamente, representando un valor estimado de más de \$65,000,000 de pesos y que requieren, en algunos casos, de servicios especializados impostergables para su óptimo funcionamiento.

En lo concerniente al capital humano, el InGer cuenta en la actualidad con una estructura orgánica de 20 plazas, distribuidas de la siguiente manera:

- 1** Director General
- 2** Directores de Área
- 6** Subdirectores de Área
- 11** Jefaturas de Departamento

Y por otra, por 65 plazas correspondientes a los niveles operativo de confianza y, operativo de base; los cuales conforman una estructura organizacional que, para los niveles de mando no se ha incrementado en términos reales desde la fundación del Instituto. En este sentido, y respecto a los recursos financieros para el ejercicio fiscal en curso, se cuenta con la aprobación histórica de \$87,113,393.00 (ochenta y siete millones ciento trece mil trescientos noventa y tres pesos 00/100) conformados de la siguiente manera:

Recursos Fiscales

Capítulo 1000.- **\$ 46,646,766.00**

Capítulo 2000.- **\$ 1,183,359.00**

Capítulo 3000.- **\$ 28,811,768.00**

Recursos Propios

Capítulo 2000.- **\$ 680,000.00**

Capítulo 3000.- **\$ 9,791,500.00**

El incremento en el rubro de Servicios Personales se debe al crecimiento de la estructura organizacional para la operación, adscrito a la Unidad de Atención Integral.

En lo que respecta a la auditoría 3/22 celebrada por el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, se envió el último seguimiento del mes de junio y estamos en espera de la respuesta. A la fecha, se han acreditado cuatro de trece observaciones finales.

Patronato del Instituto Nacional de Geriátría

En la LNIS se estipula que debe de existir un Patronato en cada Instituto para tres tareas fundamentales: auxiliar en actividades de investigación y enseñanza, ser un órgano consultor y elaborar propuestas para fortalecer el Instituto y colaborar para encontrar di-

versas formas de financiamiento. En el caso específico del InGer, la figura del Patronato contribuyó para la obtención de la sede actual, la modernización de las instalaciones y la adquisición de recursos destinados a investigación y enseñanza (26).

En 2015 se designaron a los 23 miembros del Patronato, de éstos hay un Presidente, un Secretario, un Tesorero, un Comisario y 19 Vocales. Junto con un asistente permanente, el cual está presidido por el Director General del InGer (27).

Se llevaron a cabo cuatro reuniones anuales. Los puntos que resaltan las acciones que el Patronato ha realizado a lo largo del 2021 son:

- ▶ Firma de acuerdos con medios de comunicación para la difusión de información sobre el envejecimiento (Canal 40 y 11).
- ▶ Atraer financiamiento, que ya se encuentra en las arcas del Instituto. Permitiendo la continuidad de las funciones con seguridad en el 2022 (lo cual abarca la contratación de plazas para poner en funcionamiento la atención clínica de la persona mayor).
- ▶ Invitar a diversas fundaciones con el fin de allegar nuevos recursos, dentro de las fundaciones invitadas están: Fundación UNIFIN, Fundación de Ayuda a niños o Adultos Mayores con Cáncer, Fundación “De mano amiga a mano Anciana”, Fundación Monte de Piedad, Fundación BX+ y Fundación Casa de la Amistad.

Sin embargo, es de resaltar que el Patronato actual se encuentra acéfalo debido a que su Presidente y varios Vocales renunciaron por motivos personales en el mes de Junio del año en curso. Esta situación es temporal, ya que en caso de que asuma la Dirección General tendré la tarea de invitar a un nuevo Presidente comprometido con el tema de envejecimiento y cuya visión social coincida con los lineamientos de

inclusión y equidad en el derecho a la salud que nos rige como una Institución que se debe a la sociedad. Posteriormente a la asignación del nuevo Presidente

del Patronato, seguirá el curso de nombrar a sus Vocales y, de esta manera, en los primeros meses del 2023 se establecerá un nuevo Patronato.

Plan estratégico 2023-2027

En esta sección se abordará la planeación estratégica que se llevará a cabo, si soy designada como Directora del Instituto Nacional de Geriátría, para el periodo 2023-2027. Esta planeación se engendra de la formación y experiencia académica y profesional que he tenido a lo largo de mi vida en el área de la atención médica, la docencia, la investigación y la administración pública, y se refuerza con todo el conocimiento de mi estancia laboral dentro del Instituto.

Primero abordaré brevemente el marco normativo y legal al que se suscribe mi propuesta, posteriormente señalaré la misión y visión de mi gestión dentro del InGer, después procederé a enlistar los valores y principios que regirán mi actuar y a mi administración, para avanzar a un primer análisis estratégico del Instituto usando la herramienta FODA, procediendo a mencionar la estructura de mi plan estratégico junto con la descripción de los ejes y líneas de acción a realizar para cumplir cada uno de ellos; para finalmente terminar con la integración específica de mi Plan de Trabajo con la normatividad actual.

Marco normativo y legal

El marco normativo, en el cual se ancla esta Planeación Estratégica, se encuentra en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Ley General de Salud, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) Agenda 2030, el Plan Na-

cional de Desarrollo (PND) 2019-2024, el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2019-2024, el Programa de Acción Específico en atención del Envejecimiento (PAE-E) 2019-2024 y el Programa Institucional (PI) del Instituto Nacional de Geriátría 2020-2024, principalmente.

En cuanto a la Agenda 2030, es responsabilidad del Gobierno Mexicano encaminarse a alcanzar las metas propuestas en este compromiso internacional, el cual es de suma relevancia debido a su enfoque de equidad y de sostenibilidad para las futuras generaciones. El Objetivo 3 de Salud y Bienestar se encuentra en el Eje Social de la Agenda, siendo relevante la Meta 3.b para esta Planeación, la cual está relacionada con la investigación en salud y la formación de profesionales de la salud.

Respecto a la Constitución Política, el Artículo 4º Constitucional, consigna uno de los derechos fundamentales, que es el derecho a la protección de la salud y al ambiente sano para el desarrollo integral del individuo; ambos están importante-mente vinculados con la visión y estrategia que pretendo desarrollar como Directora General.

En ese sentido, respecto a la Ley General de Salud, que es reglamentaria del artículo antes citado, resulta de gran importancia tenerla como referente fundamental en cualquier institución de salud y en el desarrollo de sus fines y objetivos, comenzando desde la Dirección General a efecto de alinear dicha política general con la particular del InGer.

De igual manera, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud al establecer las directrices,



atribuciones, fines y objetivos de cada uno de los Institutos Nacionales de Salud, siempre deberá de figurar en la planeación de mi gestión como Directora General, teniendo la visión de aportar elementos que permitan la evolución de este cuerpo normativo en beneficio del funcionamiento de los Institutos, que se reflejará invariablemente en la salud de los mexicanos.

En consonancia con el PND 2019-2024 de la actual Administración y con el fin de dar continuidad a las estrategias marcadas como prioritarias por el Gobierno de México, se retoman los Ejes Transversales: I Igualdad de género y no discriminación y II Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública; además del Eje General: 2. Bienestar, principalmente los Objetivos 2.1, 2.2 y 2.4, los cuales están relacionados con la atención a grupos históricamente discriminados y la provisión de servicios educativos y de salud con un enfoque de equidad. Y de manera secundaria a los Objetivos 2.9 Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población y 2.10 Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades.

En cuanto al Programa Sectorial de Salud 2019-2024, esta Planeación se adhiere a los 5 Objetivos Prioritarios: 1. Acceso efectivo, universal y gratuito, 2. Mejora continua del Sistema Nacional de Salud, 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud, 4. Vigilancia Epidemiológica y 5. Salud y Bienestar, en al menos una de sus estrategias.

Mientras que el PAE-E es un instrumento estratégico en donde el InGer colaboró para su elaboración, por lo que las acciones que se generen durante mi gestión como Directora General, estarán encaminadas a alcanzar sus 3 Objetivos Prioritarios: 1. Mejorar el acceso y calidad de la atención

a las personas mayores; 2. Disminuir la discriminación y el maltrato a esta población; y 3. Desarrollar un sistema de cuidados a largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.

Por último, se hace mención del Programa Institucional del InGer 2020-2024. La Planeación Estratégica que propongo está considerando los 3 Objetivos Prioritarios del programa: 1. Promover las medidas de salud y condiciones necesarias para alcanzar el envejecimiento saludable de la población por medio de la investigación y la formación de recursos humanos conducentes a un sistema de salud que responda a las necesidades de las personas mayores; 2. Garantizar estudios e investigaciones científicas y desarrollo tecnológico en el campo de envejecimiento y salud con colaboraciones a nivel nacional e internacional, considerando la perspectiva de género, no discriminación e igualdad y 3. Consolidar la oferta educativa de calidad y su divulgación para la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, considerando la perspectiva de género, no discriminación e igualdad en envejecimiento y salud. A los cuales se les dará continuidad y se asegurará las acciones necesarias para su cumplimiento.

En la figura 3 se muestra la relación de la Planeación con el Marco Normativo y Legal.

Misión y Visión

En este periodo directivo ocurrirán diversos eventos dentro del Instituto -como el inicio de la atención geriátrica integral- que cambiarán profundamente el sentido y el ser de la institución. Por lo que la misión y visión actual deben de evolucionar al siguiente nivel acorde a ese nuevo sentido. Para ello, me permito compartir esta reflexión:

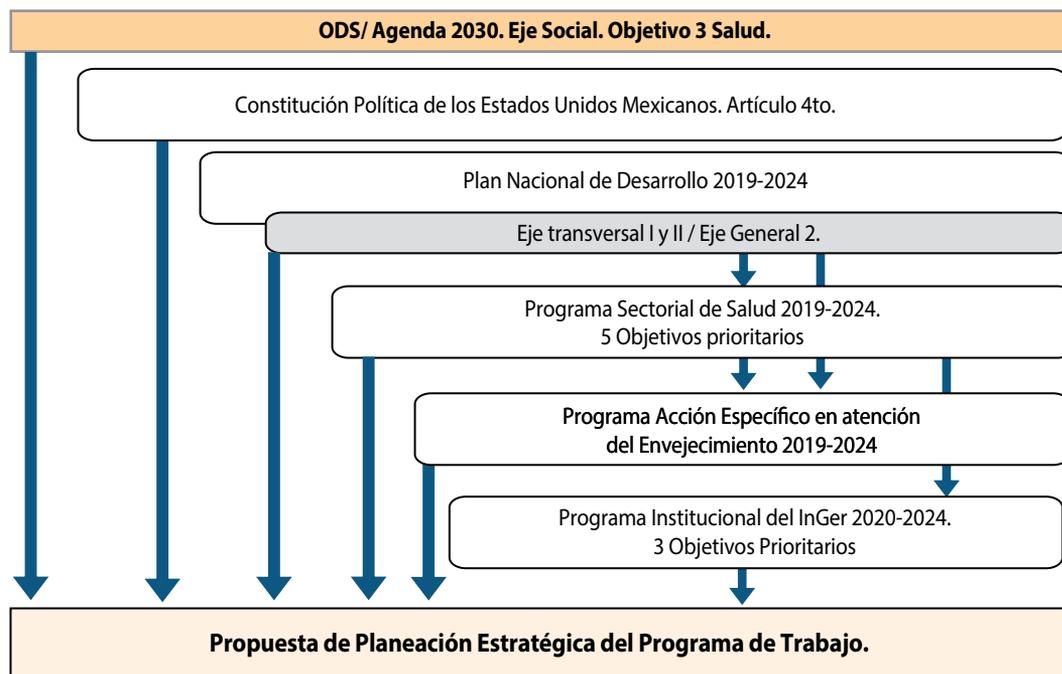


Figura 3. Marco normativo y legal al cual se suscribe el presente Plan de Trabajo.

¿En qué debemos centrar nuestros esfuerzos en el InGer? En palabras simples, se tiene que trabajar para dar respuesta al proceso del envejecimiento poblacional desde una visión holística para responder a las necesidades de las personas mayores. Estoy convencida de que el envejecimiento saludable debe entenderse como una responsabilidad compartida entre las personas, la sociedad y el gobierno; y que las interacciones deben partir de la inclusión, del trabajo colaborativo y del apego a valores humanos universales.

En ese sentido, el InGer existe para cambiar la concepción y percepción del envejecimiento en la sociedad mexicana. A través de la investigación y la enseñanza -como actividades sustanciales- y la

atención en salud; que en conjunto buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores, transformar el entorno en donde viven y las comunidades de las que forman parte.

Por lo tanto, la siguiente etapa de la misión y visión institucional prosigue de esta manera:

Misión

Impulsar el envejecimiento saludable en la población mexicana a través de la producción, difusión y uso de conocimiento científico, el desarrollo y capacitación de recursos humanos y la provisión de servicios de salud dirigidos a las personas mayores. Todo ello para coadyuvar a la transformación del Sistema Nacional de Salud.

Visión

Ser la Institución líder, nacional e internacionalmente, en investigación sobre el envejecimiento, en educación de excelencia para formar recurso humano altamente preparado y en atención en salud de calidad a las personas mayores, para así liderar la transformación del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de mantener y preservar la capacidad funcional de las personas mayores mexicanas.

Valores y principios

Se toma en cuenta el Código de Ética de la Administración Pública Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), en su última actualización de Febrero 2022, el cual establece que los principios de todo servidor público a observar y cumplir son: Legalidad, Honradez, Lealtad, Imparcialidad, Eficiencia, Eficacia y Transparencia; mientras que dentro de los valores que se contemplan están: Respeto, Liderazgo, Cooperación y Cuidado del entorno cultural y ecológico.

A lo largo de mi trayectoria he integrado estos valores como administradora y servidora pública. Sin embargo, también me he apegado a otros valores que han guiado mi toma de decisiones y me han permitido llegar a este punto de mi carrera profesional. Por lo que los retomo y hago visibles para que conduzcan -en conjunto con los ya mencionados- mi gestión durante la Dirección del InGer:

- ▶ **Pasión:** intenso entusiasmo que impulse y despierte compromiso, eficiencia, productividad y éxito dentro del equipo de trabajo
- ▶ **Honestidad intelectual:** una actitud para proveer información correcta y verdadera, transparente y clara.

- ▶ **Humildad intelectual:** autoconciencia de mis limitaciones y de mi propio conocimiento, que me permita rodearme de profesionales que fortalezcan mis debilidades.
- ▶ **Persistencia:** perseverar en tiempos difíciles.
- ▶ **Empatía:** actitud empática y respetuosa, entendiendo la diversidad de la compleja gama de personas a las que lideraré.
- ▶ **Pensamiento sistémico:** entender la imagen de la realidad completa y no solo los componentes del todo.

Análisis estratégico del InGer

Se presenta brevemente el análisis FODA que realicé sobre el Instituto como primera actividad de diagnóstico estratégico (cuadro 12). Como puede observarse, su principal fortaleza es su recurso humano, el cual ha desarrollado las actividades de investigación y enseñanza, además de la generación de vínculos que permitió la extensión de la influencia del InGer, como se mencionó anteriormente. En cuanto a las debilidades, se remarca la falta de fortaleza en el área administrativa, la necesidad de mayor comunicación entre las distintas áreas del Instituto y el requerimiento de más personal capacitado -unido a la necesidad de reforzar la cultura organizacional del InGer-. Como principal oportunidad está el brindar servicios de atención geriátrica integral y consolidar las actividades de investigación y enseñanza que se realizan en el Instituto. Por último, su principal amenaza es la pérdida o ausencia de recursos financieros para el mantenimiento de la infraestructura, el recurso humano y el inicio de la prestación de servicios de salud a personas mayores.

Se parte de estas premisas, junto con el marco normativo y legal, para proponer los siguientes puntos de la Planeación Estratégica.

Cuadro 12. FODA institucional.

| Fortalezas | Oportunidades |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Titularidad del predio, infraestructura reacondicionada en un 77%. 2. Capital humano resiliente comprometido y consolidado, que ofrece conocimiento, experiencia y que aporta innovación. 3. Procesos administrativos actualizados y apegados a la normatividad 4. Materiales originales y contenidos propios que generan oferta educativa de calidad y divulgación del conocimiento con alto impacto, con especialización en geriatría y envejecimiento, enfocada a la capacidad funcional de las personas mayores. 5. Desarrollo de investigación para la salud apegada a las líneas de investigación institucionales, sujeta a procesos para el registro y seguimiento de proyectos, el control de participaciones en actividades científicas y el monitoreo de la producción científica, que persiguen mejorar continuamente la calidad de los resultados y mantener el rigor científico. 6. Laboratorios de evaluación funcional, unidad de fisiología integrativa y biología del envejecimiento operando, con equipo moderno y funcional, apegados a las normas y reglamentos sanitarios vigentes. 7. Vinculación y coordinación, a través de la alianza con Instituciones públicas, privadas y sociales. 8. Reconocimiento de la Entidad de Certificación y Evaluación del INGER como única instancia del sector con un Modelo de Competencias de la Geriatría y Estándares de Competencias registrados a nivel nacional ante CONOCER publicados en el DOF. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de infraestructura / Reacondicionamiento de áreas. 2. Realización de proyectos productivos en áreas del predio del INGER. 3. Consolidación del Centro de Investigación en Gerociencia. 4. Consolidación como Centro Colaborador de la OMS/OPS. 5. Obtención de recursos propios con la prestación de los servicios brindados por el Instituto. 6. Desarrollo de un modelo de atención geriátrica integral. 7. Posicionamiento del tema de envejecimiento saludable a nivel nacional e internacional. 8. Identificar acciones específicas que mejoren la salud de las personas mayores. 9. Actualización del marco jurídico del INGER, a partir de la implementación de la unidad que brinde servicios médicos y del Centro de Investigación en Gerociencia. 10. Capitalizar las áreas de oportunidad detectadas por los órganos fiscalizadores. 11. Renovación completa del Patronato del Instituto y creación de nuevas alianzas estratégicas. 12. Brindar servicios de atención geriátrica. |
| Debilidades | Amenazas |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de plazas de nueva creación para contar con recursos humanos suficientes en todas y cada una de las áreas. 2. Falta de procesos administrativos automatizados y de un sistema de información que facilite la toma de decisiones. 3. Falta de recursos financieros etiquetados para implementar Convocatorias que permitan el desarrollo de las actividades vinculadas a las áreas sustantivas. 4. Falta de reconocimiento por parte de las autoridades educativas y de salud como institución educativa en salud. 5. Falta de liderazgo en áreas estratégicas para un mejor entendimiento de las funciones, atribuciones, los procesos administrativos, la rendición de cuentas y las responsabilidades. 6. Falta de capacitación, conocimiento, habilidades gerenciales y del servicio público del personal y mandos medios. 7. Ausencia de actividades que favorezcan y fortalezcan la vinculación interinstitucional entre las áreas. 8. Falta de negociación con personal basificado que permita la continuidad de las actividades y el cumplimiento de programas de trabajo sin detrimento de su derecho a vacaciones y licencias. 9. Falta de infraestructura adecuada para el desarrollo de las actividades administrativas. 10. Falta de convenios institucionales para la obtención de créditos académicos. 11. Dependencia de financiamientos externos para la continuidad de proyectos multidisciplinarios (Ciencia de Datos, Laboratorio de Política Pública). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de diagnóstico para elaboración de un presupuesto de egresos que priorice las necesidades en materia de salud y el desarrollo de ciencia y tecnología. 2. Falta de diagnóstico para la implementación de políticas de austeridad y reducción de la burocracia, que dificulten la ampliación de estructura orgánica y operativa del Instituto. 3. Oferta limitada en la prestación de servicios de atención médica por falta de personal. 4. Falta de interés y de apoyo por parte de donatarias autorizadas hacia el InGer. 5. Funcionamiento parcial por recursos financieros insuficientes que permitan la adquisición de materiales, suministros, servicios generales, mantenimiento y prestación de atención médica. 6. Menor oferta a nivel nacional e internacional de Convocatorias para la asignación de recursos para el desarrollo de proyectos de investigación, infraestructura o de modelos asistenciales y educativos. 7. Situación del Banco del Bienestar construido en predio del Instituto (Contrato de Comodato). 8. Renuncia de investigadores de alto nivel por demanda de servicios, materiales y más espacio físico para el desarrollo de sus investigaciones. 9. Revistas especializadas en divulgación científica que rechacen o cancelen publicaciones provenientes del InGer por pagos extemporáneos. |

Estructura del Plan Estratégico

El Plan parte de una noción básica dentro del envejecimiento saludable: la atención de la salud de las personas mayores no debería reducirse a acciones puntuales dirigidas a un problema de salud específico, aislado de su entorno. Atender los problemas de salud de esta población implica instrumentar acciones de prevención primordial, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria que permitan evitar o restringir todos los daños posibles a la salud potenciados durante el proceso fisiológico del envejecimiento. El InGer aporta mucho -y debe aportar mucho más- en el alcance de esta visión.

La investigación -básica, clínica, epidemiológica, social- juega un papel clave, debido a su potencial impacto en la formulación de políticas y programas de salud con el fin de que transformen el Sistema Nacional de Salud (SNS) mexicano y lo dirijan a contemplar la influencia -tanto positiva como negativa- de los ambientes en el estado de salud de la persona mayor, a entender las necesidades y demandas de salud de esta población, a adoptar las mejores formas de tratamiento de los problemas de salud más comunes, al mejor manejo de los medicamentos que se suministran, etc.

La enseñanza, tanto a profesionales de la salud como al público en general, es sumamente relevante en el alcance de esta transformación del SNS. Por un lado, la formación -y su capacitación continua- de médica(o)s, enfermera(o)s, psicóloga(o)s, fisioterapeutas, odontóloga(o)s, entre otros más,

tiene que ser con una visión de envejecimiento saludable y preservación de la funcionalidad para evitar la dependencia; lo que resulta fundamental para afrontar los desafíos de la transición demográfica que el país vivirá en las siguientes décadas. Por otro lado, la enseñanza no debe limitarse a los profesionales de la salud, tiene que ser accesible al público en general, ya que dentro de este se encuentra una heterogeneidad de realidades que viven día a día cuidadores de personas mayores, personal de Casas de Día e instituciones de cuidados de largo plazo y madres, padres, hija(o)s y nieta(o)s que proveen cierta atención a la población mayor.

Por último, la provisión de servicios de salud es necesaria para llevar a cabo la transformación del SNS. Esta es la gran deuda que el InGer tiene con la sociedad mexicana y se irá saldando en el transcurso de los próximos años. Sin embargo, no se debe perder de vista que -si bien, la atención en salud es de vital importancia y eje dentro del sistema de salud- el envejecimiento saludable no se consigue únicamente desde el ámbito clínico, se requiere incidir en políticas y tomadores de decisiones y en la población en general.

Con esas tres consignas -investigación, enseñanza y atención en salud- presento a continuación mi Planeación como Directora del InGer para el periodo 2023-2027.

El Plan contempla dos Ejes estratégicos Transversales, seis Ejes estratégicos Longitudinales, 46 estrategias y 149 líneas de acción. La figura 4 esquematiza la estructura estratégica que propongo.



Figura 4. Estructura del Plan Estratégico.

A continuación, se presentan los dos Ejes Transversales y la problemática o situación que se intenta abordar y resolver con ellos. Posteriormente, se colocan los seis Ejes Longitudinales, junto con sus estrategias y líneas de acción a realizar. Se puntualiza que al final de cada uno de los seis Ejes Longitudinales se muestran las actividades a realizar de los Ejes Transversales (en el caso del Eje Transversal 1 están en color naranja y el Eje Transversal 2 en color azul).

Eje Transversal 1. Fortalecer la cultura organizacional

La cultura organizacional es de los elementos más importantes que permite el adecuado funcionamiento de cualquier tipo de organización. Al ser

el InGer un Instituto tan reciente -en comparación del resto de los INS-, teniendo en cuenta que ha transitado por una serie de “peregrinaciones” hasta encontrar su ubicación definitiva y sin perder de vista que la planta laboral de base es muy poca, es de esperar que la cultura organizacional esté en un proceso de maduración.

La identidad del Instituto tiene que consolidarse. Si pensamos en la cultura organizacional del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición o del Instituto Nacional de Cardiología, tendremos ejemplos de lo vital que puede llegar a ser el sentido de pertenencia al instituto, el amor a los edificios y pasillos y la entrega y compromiso por ver crecer la institución.

Estamos en un momento de grandes oportunidades para moldear una cultura organizacional y fomentarla. Por lo que el Eje Transversal 1 cobra

importancia para mi gestión en la Dirección. Deseo que el nombre del Instituto Nacional de Geriátría sea un símbolo de orgullo para todos aquellos que se formen aquí, se gradúen aquí, laboren aquí y trasciendan aquí.

Las estrategias, que estarán repartidas a lo largo de los Ejes Longitudinales, se pueden resumir en tres puntos. El primero está relacionado con la creación del sentido de pertenencia de los trabajadores al Instituto. Lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida personal requiere de liderazgos empáticos, cuyo actuar se rija a partir de valores encomiables y, que con autoridad, impulsen el sentido de pertenencia al servicio público, siendo flexibles y sin dejar de ser congruentes con los resultados en tiempo y forma. En lo que respecta al Instituto, se necesita involucrar y encauzar los esfuerzos y recursos de las personas servidoras públicas para generar sinergia a partir del conocimiento de los objetivos, del trabajo diario, del entorno, de los colaboradores, de sus capacidades e, incluso, de sus áreas de oportunidad, para conseguir resultados congruentes con las expectativas planteadas. Es decir, bajo estos preceptos de liderazgo, motivación y trabajo arduo pero flexible, es posible desarrollar una cultura organizacional sólida y propia del InGer.

Un impulso para alcanzarlo es a través de la realización de actividades académicas (tenemos algunas de ellas establecidas, como la realización de discusiones sobre artículos de investigación, el Seminario-Taller del ENASEM, la Jornada del Envejecimiento, etc.), culturales y deportivas -estás dos últimas sin presencia en el Instituto-, las cuales tendrán un amplio desarrollo. Dentro de las académicas, cabe resaltar la instauración de Sesiones Generales en donde participen todas las áreas sustantivas del InGer bajo un mecanismo de asignación rotatorio (entre áreas y servicios), estas estarían directamente

coordinadas por la Dirección de Enseñanza y Divulgación. Lo anterior se podría traducir, con el tiempo, en una convivencia compartida que generara pertenencia e identidad en la comunidad del InGer.

El segundo punto involucra la perspectiva de género. No hay duda alguna que las mujeres presentan desventajas importantes e injustas respecto a los hombres. Basta con revisar las estadísticas de la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2020: las mujeres mexicanas sufren desigualdad (28). Las actividades que realiza el InGer no escapan de esta situación. En el caso de investigación, a nivel mundial las mujeres investigadoras tienen menor posibilidad de aparecer en revistas de alto prestigio, también reciben un monto menor en las becas académicas y no cuentan con igualdad en las contrataciones, promociones, evaluaciones y remuneraciones (29,30). Muchas de las barreras para alcanzar la equidad son sociales; la sociedad impone a la mujer cumplir con ciertos roles de género, como ser mamá, cuidar o atender las labores del hogar (31) y debido a ello, desde las instituciones, se tiene que trabajar en la generación de las condiciones para que las mujeres tengan igualdad de oportunidades.

Por otro lado, es lamentable reconocer que en el área de atención médica existe violencia de género, tanto entre médicos (32,33) como de médicos a pacientes (34). En el InGer, al ser un espacio de reciente creación, se tiene la valiosa oportunidad de idearlo bajo el principio de respeto a la mujer y de equidad de género. Por lo que se tienen que fomentar esos valores entre el personal de reciente ingreso y establecer un sistema eficaz de monitoreo que sea capaz de identificar violencia en la formación de alumnas de pregrado y posgrado, hacia las colegas y hacia las pacientes. Además de tener un esquema claro de consecuencias para dichas acciones.

Dentro de este punto, también es importante comentar que buscaré promover la equidad y el respeto de todas las expresiones de la diversidad sexual y de género. La inclusión será un valor esencial en el clima organizacional del InGer para garantizar que todas las personas, sean personal laboral, estudiantes o pacientes, participen en la vida institucional según sus competencias y sus roles, sin ser objeto de discriminación de cualquier tipo.

Por último, el tercer punto hace referencia a tener tolerancia cero a la corrupción, privilegiando la transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. Aristóteles sostenía que la “excelencia moral es el resultado del hábito”, y hay prácticas habituales que hemos implementado y otras más que deben incorporarse en una Institución que está proyectada para ser líder en la transformación del Sistema Nacional de Salud; una de ellas es el reconocimiento del derecho de acceso a la información como pilar en la conformación de la cultura de la transparencia, para poder transitar del ejercicio público a partir del aprendizaje consuetudinario, hacia una ética institucional que se haga transversal en la conducta y en las actividades de todas y todos los que conformamos el Instituto.

Asimismo, mi compromiso es hacer que el InGer muestre tolerancia cero ante cualquier acto de corrupción; sensibilizando, capacitando, coordinando esfuerzos y colaborando con instancias fiscalizadoras para que coadyuven a la implementación y vigilancia de las mejores prácticas para que, cada acto de autoridad, interacción y procedimiento se realice con base en los conocimientos normativos, técnicos, teóricos y metodológicos suficientes, que garanticen un desempeño eficiente y eficaz en el ejercicio de la función pública que, como Instituto Nacional de Salud, tenemos encomendado.

La ética de todos los directivos, trabajadores en general y alumnos debe de ser sólida. Por lo que la cultura organizacional debe integrar estos principios; lo cual es posible realizar predicando con el ejemplo (entre mandos altos y bajos y entre pares), haciendo visible la normativa y promoviendo la educación en estos temas.

Con estos tres puntos se espera ir madurando la cultura organizacional del InGer.

Eje Transversal 2. **Fortalecer la vinculación intra e interinstitucional**

Una organización que se encuentre desconectada en su interior y aislada de su exterior está destinada al fracaso. No es posible alcanzar metas de impacto llevándolas a cabo sin sinergia interna y desde un solo frente. Para que el InGer tenga el alcance y desarrollo que prospecto, es necesario que esté interconectado tanto interna como externamente.

En el ámbito externo, es de reconocer que el Instituto se ha relacionado con universidades, investigadores, tomadores de decisiones, organizaciones nacionales e internacionales, etc. Llevamos un buen camino recorrido pero la ruta del InGer es infinita, por lo que se debe refrendar y redoblar esfuerzos en este sentido.

Nuevamente, las estrategias propuestas estarán repartidas a lo largo de los Ejes Longitudinales. Se toma de inicio que el InGer debe de mantener las conexiones que tiene y desarrollar nuevas. Ambos puntos serán prioridad. Primero mencionaré las acciones que se tienen que realizar para fortalecer la vinculación intrainstitucional y, posteriormente, para la vinculación interinstitucional.

En el primer caso, un riesgo de hacer crecer una organización es la desconexión de sus áreas sustan-

tivas y la lucha por recursos entre ellas. Debido a ello, buscaré que las actividades entre estas áreas tengan convergencia en mayor número de temas, lo cual favorecerá la comunicación, el reconocimiento mutuo y el cumplimiento de otros objetivos (como el alcance de la traslación del conocimiento). Por ejemplo: el área de enseñanza se vinculará con la clínica a través del diseño, impartición, monitoreo y evaluación de cursos y diplomados, no solamente dirigidos al personal de salud sino también a las personas mayores (aprovechando la oportunidad de tener a esa población cercana al InGer). También dicha Unidad de atención -al estar fungiendo como un medio para impartir cursos a las personas mayores- podrá dar inicio a una nueva línea de investigación sobre educación en salud en la persona mayor (health literacy in older adults). De esta manera, tanto investigadores, clínicos y personal de enseñanza podrán trabajar juntos.

Otro medio para lograrlo es a través de involucrar a los investigadores y al personal clínico en el diseño e impartición de los cursos y diplomados del Instituto. Con lo cual se genera un círculo virtuoso.

También buscaré que existan canales amplios y claros de comunicación entre cada área, para que -al menos los responsables- tengan conocimiento de las acciones que realizan sus homólogos y la importancia de estas. Estos canales pueden ser diversos, tanto digitales como presenciales; sin embargo, espero implementar juntas y minutas programadas y constantes.

En cuanto la vinculación interinstitucional, en el área de investigación planteó generar más lazos con otras instituciones a través del investigador y de los proyectos de investigación. Por un lado, permitirá el desarrollo personal y profesional del trabajador gracias a las experiencias compartidas en otras instituciones y con otros investigadores, tanto

a nivel nacional como internacional; además de que favorecerá el logro de la traslación del conocimiento al acercar al investigador con los grupos de interés. Por otro lado, los proyectos que se realicen no deben de provenir únicamente del InGer, tienen que ser interinstitucionales. Hemos trabajado satisfactoriamente en proyectos de gran alcance -como el SIESDE- junto con universidades y organizaciones. Me propongo buscar que el InGer participe en diferentes proyectos, mantenga los actuales e idee los propios bajo ese enfoque de vinculación.

Cabe resaltar que el Sistema de Información Estratégica en Salud y Dependencia Funcional (SIESDE) es una plataforma de gran importancia para entender el envejecimiento y su relación con la salud y la enfermedad en México. Un objetivo durante mi gestión será que la plataforma establezca relación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA. Esto en dos sentidos, el primero que el SIESDE sea reconocido como fuente de información oficial sobre el envejecimiento y, en segundo, que la información generada por la plataforma sea utilizada en todo el SNS.

Para el área de enseñanza y difusión me enfocaré principalmente en establecer relaciones con universidades públicas y privadas a nivel pregrado y posgrado, nacionales e internacionales. Esto será posible gracias al alcance de sus productos educativos y el impulso que pretendo darle a los medios de difusión.

En cuanto al área de atención médica, la Unidad que se planea poner en marcha, tiene que comenzar a realizar lazos con hospitales y universidades. Al ser una Unidad de atención ambulatoria -como se comentará más adelante en el Eje Longitudinal 4- el estructurar un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia es vital, debido a que permitirá el enlace de la Unidad con unidades de primero, se-

gundo y tercer nivel del SNS. Esto cobra relevancia ya que, al brindar atención ambulatoria, no contará con hospitalización ni con otras áreas médicas de especialidad, y las enfermedades de los pacientes geriátricos podrían necesitar la asesoría de otras especialidades o internamiento. Sin embargo, este vínculo debe de ser bidireccional. La asesoría tiene que ir en ambos sentidos. Debido a que, al estar ejerciendo un modelo de atención centrado en el paciente y con el concepto de envejecimiento saludable, las enseñanzas que se logren dentro de la Unidad deben de dispersarse a lo largo del SNS.

Por otro lado, cabe resaltar que la Unidad de Atención tiene que generar vínculos con universidades públicas y privadas para que sea receptora de estudiantes de pregrado y posgrado. Con esta acción se impulsa la integración del concepto de envejecimiento saludable en la formación de más personal de salud.

Mientras que en el área administrativa se necesita remarcar la importancia que tiene en todas las tareas del Instituto; es decir, el área administrativa debe de conocer su papel dentro de los procesos y tareas que las áreas de investigación, enseñanza y atención médica realizan. Básicamente no puede desconectarse del resto, ya que que es un área de soporte para las áreas sustantivas y no sólo administran los recursos del Instituto. Además, pretendo promover la capacitación y actualización constante del personal administrativo con la vinculación a instituciones enfocadas en la educación en administración pública.

Por último, en cuanto al Eje de planeación estratégica, es importante remarcar que el área destinada para tal fin tiene la importante tarea de facilitar la generación de vínculos y estrechar los ya realizados. Además, debe coordinar el Comité Técnico de Administración y Programación (CO-

TAP), el cual se encarga de establecer canales de comunicación entre los puestos de mando y entre la comunidad del InGer en general. Esta Subdirección debe deconstruirse tomando en consideración la importancia de su rol para el logro de la estrategia, conforme a los perfiles adecuados y procesos claros e independientes

Con estas acciones, mi gestión generará múltiples conexiones dentro del Inger y con otras organizaciones.

Eje Longitudinal 1. Afianzar el desarrollo de la investigación científica

Si bien, en estos últimos siete años, la investigación científica en el InGer entró a una fase de consolidación, aún hay tareas pendientes.

La inversión en investigación, desarrollo e innovación es la mejor estrategia para avanzar en el conocimiento e impactar directamente en el desarrollo de nuestro país. Respecto al envejecimiento, como Instituto debemos ser capaces de producir información relevante para solventar los problemas y las necesidades que la transición demográfica y epidemiológica imponen, con el fin de transformar el cambio por venir en beneficio para la sociedad. En este sentido, la investigación orientada a mejorar la salud de las personas mayores es trascendental.

Es indispensable promover y favorecer líneas de investigación y desarrollo con un enfoque en el envejecimiento, la formación de recursos humanos especializados y el fortalecimiento de las capacidades existentes. A este respecto, el desarrollo y mantenimiento a largo plazo del estudio longitudinal sobre envejecimiento -el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)- es vital. El InGer es el colaborador principal, por lo

que su participación es pilar en la implementación, análisis y la difusión de resultados del estudio.

El desarrollo de talento también es esencial, una estrategia para lograrlo estriba en la generación de un ambiente constructivo pero competitivo, a la cual apuesto. Con el fin de desarrollar investigadores altamente capacitados, motivados, comprometidos, autodidactas y proactivos. Respecto a este punto, se ha logrado un crecimiento considerable de la producción científica.

Se debe admitir que no todos los 19 investigadores del InGer se han desarrollado al mismo ritmo. Estoy consciente que los perfiles son diversos y que

es difícil lograr el progreso armónico de todo el equipo, pero debo persistir en ello, ya que el activo más importante de toda organización es su personal.

Por otro lado, el predio que el InGer ocupa actualmente fue conseguido gracias al esfuerzo de diversos actores, por lo que tengo el objetivo y la responsabilidad de mantenerlo y conservarlo en condiciones óptimas. Esta tarea se vuelve sumamente importante ya que las actividades sustantivas del Instituto dependen en gran medida del correcto funcionamiento de la infraestructura. Por tanto, el mantenimiento de todos los laboratorios es una prioridad.

Tomando en cuenta lo anterior, propongo:

| Eje Longitudinal 1. Afanzar el desarrollo de la investigación científica. | |
|--|--|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 1.1. Continuar con el impulso al alto desempeño de todos los investigadores. | 1.1.1. Desarrollar el trabajo de investigación a través de la vinculación directa de los investigadores con las líneas de investigación sobre envejecimiento establecidas dentro del Instituto. |
| | 1.1.2. Desarrollar el Programa de Mentorías, de los investigadores de mayor experiencia hacia los menos experimentados, con el fin de impulsar el trabajo de estos últimos. |
| | 1.1.3. Mantener un monitoreo constante de la producción científica por investigador. |
| | 1.1.4. Continuar con la elaboración de Programas Anuales de Trabajo personales que establezcan claramente metas individuales, que permitan su cumplimiento al cierre del año. |
| | 1.1.5. Estimular a los investigadores que no cuentan con el grado de doctorado para que se inscriban en programas de posgrado. |
| 1.2. Continuar con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). | 1.2.1. Mantener el papel del Instituto como principal colaborador en la realización y análisis del ENASEM. |
| 1.3. Fortalecer un ambiente que favorezca la crítica y la participación constructiva de todos los investigadores. | 1.3.1. Propiciar un ambiente respetuoso, de colaboración y de competencia constructiva entre los investigadores. |
| | 1.3.2. Mantener las vías de comunicación abiertas y permanentes para que los investigadores puedan comunicar sus inquietudes. |

Continúa...

... continuación

| | |
|--|---|
| 1.4. Mantener el desempeño óptimo en los Laboratorios de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (LIE-FAM), de Biología del Envejecimiento (LBE) y la Unidad de Fisiología Integrativa (UFI). | 1.4.1. Diseñar un programa de mantenimiento que permita el funcionamiento óptimo de toda la infraestructura de investigación. |
| | 1.4.2. Realizar un análisis a largo plazo (10 años) que permita identificar oportunamente obsolescencia de equipo. |
| | 1.4.3. Impulsar la búsqueda de fondos de terceros que permitan reemplazar y renovar equipo de laboratorio. |
| E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de investigación al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal de investigación al Instituto. |
| E.T.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género, especialmente entre las investigadoras jóvenes. | E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrentan las investigadoras en su desarrollo académico. |
| | E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. |
| | E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad de todas las expresiones de la diversidad sexual y de género. |
| | E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |
| | E.T.1.2.5. Establecer estrategias que apoyen a las investigadoras con hijos en edad escolar, con el fin de que logren mantener su producción científica. |
| | E.T.1.2.6. Proponer a la Dirección General de Políticas de Investigación que considere el embarazo como motivo para solicitar prórroga en la evaluación como Investigador en Ciencias Médicas (ICM) para el Sistema Institucional de investigadores. |
| E.T.1.3. Tolerancia cero a la corrupción. Transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos dentro del personal de investigación. |
| | E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de investigación respecto a estos temas. |
| E.T.2.1. Establecer relaciones entre los investigadores del Instituto con las otras áreas del mismo. | E.T.2.1.1. Promover la participación de los investigadores en el diseño e impartición de cursos relacionados con el área de enseñanza. |
| | E.T.2.1.2. Promover la generación de la línea de investigación sobre educación en salud en personas mayores (health literacy in older adults) en conjunto con la unidad de atención geriátrica y el área de enseñanza. |
| E.T.2.2. Establecer relaciones entre los investigadores del Instituto con investigadores externos. | E.T.2.2.1. Fomentar intercambios académicos y profesionales de investigadores. |

Eje Longitudinal 2. Eleva la calidad, relevancia y traslación de la investigación

Lamentablemente, incrementar la producción científica y consolidar líneas de investigación, junto con su respectivo recurso humano altamente calificado, no garantiza que exista un cambio en la sociedad. El conocimiento producido debe de ser de calidad y de utilidad.

Un punto crítico de la investigación científica, que debe ser motivo constante de reflexión entre la comunidad de investigadores, es analizar si las preguntas de investigación son realmente relevantes para la ciencia y para la sociedad en su conjunto. Debemos admitir, que no solo en México sino en el mundo, hay un porcentaje elevado de desperdicio de recursos en investigación, ya sea por preguntas de investigación pobremente planteadas o por métodos inadecuados, sesgos, tamaños de muestra insuficientes, múltiples conflictos de interés, entre otros (35,36). Los investigadores en el InGer siempre debemos mantener la autocrítica y mejorar la calidad de la investigación, manteniendo la relevancia y la congruencia con las líneas de investigación prioritarias. Se tienen diversas recomendaciones a nivel internacional para tales fines, por ejemplo: la capacitación constante del investigador en temas de diseño de protocolos y análisis estadístico, la publicación de protocolos y bases de datos en diversas plataformas como PROSPERO -que contempla el registro de protocolos de revisiones sistemáticas-, la revisión por pares de los protocolos, el asesoramiento del investigador por estadistas, entre otros más (35).

Por otro lado, la investigación y los conocimientos en envejecimiento que se producen deberían beneficiar, directa o indirectamente, a la persona

mayor y a la sociedad en general. Es bien sabido que uno de los grandes problemas en investigación es la falta de aplicabilidad de sus hallazgos. El InGer no escapa de esta situación.

A razón de esto, el campo de la investigación traslacional ha tenido un auge y crecimiento importante a través de estas últimas tres décadas; pero pocas son las acciones que se han realizado para su implementación en hospitales, universidades e institutos. En el Instituto Nacional de Geriátría podemos nombrar las redes de investigación que se han conformado (principalmente la RECITES) y las plataformas de datos que se han estructurado (el SIESDE), ambas han permitido vínculos entre investigadores interesados en el envejecimiento. Sin embargo, no es suficiente.

Dentro del Instituto se llevan a cabo investigaciones básicas, clínicas, epidemiológicas y sociales -todas “bajo un mismo techo”-, lo que propicia un escenario ideal para la traslación, la cual demanda la transdisciplinariedad, la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad (37,38). Las investigaciones sociales, epidemiológicas y clínicas tienen amplia conexión en sus trabajos, pero las básicas tienden a desconectarse de las diferentes áreas de investigación. Por lo que un logro importante a alcanzar, durante mi gestión, será estrechar los vínculos entre los diferentes campos de investigación y hacer de la investigación traslacional un concepto que permea en todos los proyectos y protocolos a corto, mediano y largo plazo. Además de promover activamente la interacción de los investigadores y tomadores de decisión involucrados en los proyectos de investigación. También debemos buscar mecanismos y procedimientos para involucrar a los actores más importantes -las personas mayores- tanto en la definición de problemas de investigación como en la difusión de los resultados, para que juntos defina-

mos estrategias de utilización y traslación de los resultados de investigación.

Por último, para poder elevar la calidad y fomentar la traslación de la investigación se necesitan asegurar los recursos suficientes para tal fin. Vale la pena recordar que México en 2021, según la información de la base de datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), invirtió menos del 0.4% del PIB en investigación y contó con menos de 200 investigadores por millón de habitantes. Quedando

muy por debajo de países como Japón que invierte casi el 4% del PIB en investigación y cuenta con más de 5,000 investigadores por millón de habitantes (39). Esta situación pone en riesgo una de las actividades fundamentales del InGer. Por lo tanto, se tienen que buscar fondos, ingresar a convocatorias de financiamiento por instituciones públicas y privadas, buscar donaciones de terceros, etc. Sin duda alguna esta tarea es de extrema relevancia para darle continuidad a la investigación dentro del Instituto.

En consecuencia de lo comentado anteriormente, se propone lo siguiente:

| Eje Longitudinal 2. Elevar la calidad, relevancia y traslación de la investigación. | |
|--|--|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 2.1. Impulsar los proyectos de investigación de alta calidad y la publicación en revistas científicas y libros de alto nivel. | 2.1.1. Elevar el volumen de la producción científica del InGer. |
| | 2.1.2. Elevar la calidad de la producción científica del InGer. |
| | 2.1.3. Mejorar el índice de impacto de la producción científica. |
| | 2.1.4. Incrementar el número de libros y capítulos de libros publicados. |
| | 2.1.5. Fortalecer el trabajo del Comité de Investigación, Ética de Investigación, Bioseguridad y Manejo de animales para que un investigador de calificación mínima "D" pertenezca a cada uno de estos comités. |
| | 2.1.6. Fomentar que todos los investigadores del instituto estén evaluados por el Sistema Nacional de Investigadores. |
| | 2.2.7. Lograr que el Instituto Nacional de Geriátría y el equipo de investigadores sean el referente nacional para la asesoría y recomendaciones en materia de envejecimiento nacional. |

Continúa...

...continuación

| | |
|---|---|
| <p>2.2. Trasladar los resultados de investigación a la toma de decisiones de diferentes niveles (micro, meso y macro gestión).</p> | <p>2.2.1. Fomentar la investigación científica interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria en todas las líneas de investigación dentro del Instituto.</p> <p>2.2.2. Continuar con el proyecto de la Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES).</p> <p>2.2.3. Concretar el Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento (SIESDE).</p> <p>2.2.4. Crear el Grupo de Asesoría para la Traslación, que permita evaluar la relevancia de los proyectos de investigación que se realizarán dentro del Instituto y el potencial de traslación de los mismos.</p> <p>2.2.5. Establecer mecanismos claros de traslación del conocimiento a la toma de decisiones en salud.</p> <p>2.2.6. Fomentar la interacción de los investigadores con los grupos de interés de la sociedad (ONGs, tomadores de decisiones, la comunidad, etc.) involucrados en los trabajos de investigación.</p> <p>2.2.7. Impulsar la investigación en temas prioritarios que requieran urgencia de datos para la definición de políticas públicas.</p> <p>2.2.8. Propiciar la formación curricular en investigación traslacional en los investigadores del Instituto, poniendo énfasis en los investigadores de ciencias básicas.</p> |
| <p>2.3. Asegurar el financiamiento en investigación.</p> | <p>2.3.1. Institucionalizar el programa de apoyo financiero a la publicación de artículos científicos de acceso abierto y la traducción de manuscritos.</p> <p>2.3.2. Impulsar, en la agenda de investigación, el tema de envejecimiento en las diversas convocatorias de financiamiento, específicamente CONACYT.</p> <p>2.3.3. Robustecer la estrategia de obtención de fondos para investigación de terceros, de diferentes agencias donatarias del país.</p> |
| <p>E.T.1.1. Fomentar la generación de actividades académicas y mantener las actuales.</p> | <p>E.T.1.1.1. Mantener las actividades académicas actuales como seminarios, talleres, discusión de artículos, etc.</p> <p>E.T.1.1.2. Desarrollar actividades académicas enfocadas en la interacción de investigadores de distintas disciplinas: áreas básica, clínica, epidemiológica y social.</p> |
| <p>E.T.2.1. Establecer relaciones entre los proyectos de investigación del Instituto con otras instituciones.</p> | <p>E.T.2.1.1. Identificar posibles colaboraciones en proyectos con los diferentes centros de investigación nacionales e internacionales sobre envejecimiento. Siendo prioritario la vinculación del Instituto con el Centro de Investigación sobre el Envejecimiento del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN (Cinvestav) y con el Consejo Nacional de Población para la elaboración de más indicadores sobre envejecimiento.</p> <p>E.T.2.1.2. Mantener los vínculos con el programa de salud y envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.</p> <p>E.T.2.1.3. Establecer vínculos entre el SIESDE y la DGIS, con el fin de que la plataforma sea reconocida y utilizada en todo el Sistema de Salud.</p> |

Eje Longitudinal 3. Incrementar los alcances del área de enseñanza y divulgación

La enseñanza y la divulgación es la otra tarea esencial que lleva a cabo el InGer. En ella reconozco múltiples fortalezas pero también diversas debilidades. Para esta sección del Plan Estratégico retomaré los tipos de innovación en educación para establecer las estrategias y las líneas de acción que realizaré durante mi gestión.

La innovación puede ser de cuatro tipos: de mejora continua (que implica cambios pequeños a elementos en ciertas actividades ya establecidas), incremental (que hace referencia al refinamiento de algún elemento, metodología, estrategia, proceso o procedimiento de algunas actividades), revolucionaria (la cual se enfoca en establecer un nuevo paradigma que cambie las prácticas existentes) y la disruptiva (que representa cambios drásticos en la forma de realizar ciertas actividades) (40).

Las estrategias de mejora continua están enfocadas en seguir haciendo lo que nos ha generado buenos resultados con pequeñas modificaciones. Los cursos y diplomados que se ofertan, el Boletín del InGer, el Repositorio, la Biblioteca Virtual, la participación en congresos, las redes sociales del Instituto y el centro evaluador de competencias en geriatría, realizado en conjunto con la SEP (CONOCER), deben de continuar incrementando la calidad de la información que ofrecen y la cantidad de resultados (tanto cuantitativos como cualitativos). Adicionalmente, se tiene que poner énfasis en la evaluación de la situación de enseñanza de los cursos y diplomados que proporciona el InGer, con el fin de encontrar oportunidades de mejora y medir su impacto en la calidad de atención en salud que se proporciona con base en los conocimientos adquiridos.

Mientras que la Jornada del Envejecimiento, planeo instaurarla como parte de la cultura organizacional, realizándola anualmente y aumentando su alcance y difusión.

Las estrategias de innovación incremental serán aquellas en donde enfocaré una gran parte de los recursos durante mi gestión. La primera de ellas será reformar la página web y automatizar la mayor cantidad de procesos posibles en el aula virtual (inscripciones, evaluaciones, generación de expedientes, seguimiento, etc.), con el fin de agilizar las tareas de enseñanza y hacer del acceso y consulta una cualidad de nuestra página web y plataforma educativa.

Por otro lado, el proceso de enseñanza-aprendizaje se ha dirigido únicamente a prestadores de servicios de salud y a personal al cuidado de la persona mayor, lo cual considero es una limitante. Planeo ampliar los cursos y diplomados a dos poblaciones más: los jóvenes en general y las personas mayores en específico.

El envejecimiento saludable no se comienza a formar en etapas avanzadas de la vida, se fomenta desde la niñez, la adolescencia, la adultez y se culmina en la vejez, es decir, tiene una perspectiva de ciclo de vida. Por lo que educar desde la juventud en temas de envejecimiento es fundamental. Con ello en mente, es imperativo diseñar cursos atractivos para ese grupo poblacional y difundirlos ampliamente. Para esto último, las redes sociales son el mayor aliado. Actualmente tenemos presencia en Facebook, Twitter y Youtube, pero ya no son las redes sociales con mayor alcance. Tenemos que acercarnos a Instagram y Tiktok. Si comenzamos a generar contenido de influencia y rápida diseminación (viral) -sin perder la originalidad, calidad y relevancia de la información- será posible impactar en los jóvenes y atraerlos a los temas de envejecimiento. Es una apuesta a largo plazo.

En el caso de nuestra finalidad central, la persona mayor, hay que reconocer que en casi la totalidad de las actividades del Instituto no se le ha tomado en cuenta como participante en la planeación o en los esquemas de docencia. Conozco las limitaciones y dificultades de involucrar a las personas mayores. En el caso de enseñanza, la dificultad más importante sería la brecha tecnológica y social, debido a que para acceder al catálogo educativo se requiere de un dispositivo e internet. Afortunadamente, con la puesta en marcha de la Unidad de Atención Geriátrica tendremos a una población a la cual podemos facilitar el acceso a cursos y brindar el seguimiento de estos. En consecuencia, el diseño de cursos tiene que ser flexible, persiguiendo objetivos claros y definidos y aprendiendo de aquellas instituciones que ya realizan este trabajo (como la Universidad de los Adultos Mayores) a las cuales tenemos que acercarnos. Los temas que podrían ser vitales a retomar son: uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), la creación de capital social, datos de alarma o emergencia en salud, alimentación saludable, activación física, canales de ayuda, entre otros.

Otra de las estrategias de innovación incremental educativa es iniciar la actividad del laboratorio de simulación con el que ya se cuenta, con el fin de poner en marcha programas de educación interdisciplinaria. Para ello tenemos que definir qué se perseguirá con su uso y establecer alianzas con universidades en pregrado y posgrado, para que este espacio promueva el cumplimiento de los objetivos académicos de sus planes de estudio.

En el caso de la divulgación, además de atender los puntos de las redes sociales comentados previamente, también es importante capacitar a nuestro personal en temas de comunicación, oratoria y presentación con el fin de incrementar de manera con-

siderable su participación en congresos, mesas de discusión y debate y espacios de radio y televisión. Además ver la posibilidad de aterrizar en espacios, como Casas de Día o Estancias de Cuidados Prolongados para Personas Mayores. Hagamos “ruido” con los temas de envejecimiento. Esto implica buscar el espacio y vincularnos a él.

Avanzado a las estrategias educativas revolucionarias, principalmente se tiene el objetivo de diseñar los programas de formación de recursos humanos a nivel posgrado (Especialidad, Maestría y Doctorado) con sede en el InGer y establecer una certificación académica propia, además de colaborar en el diseño y la reestructuración de planes académicos ya establecidos en diferentes organizaciones educativas -en carreras como medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición, etc.-. Evidentemente, con la noción de envejecimiento saludable que promueve el Instituto.

Por último, las estrategias disruptivas demandan un cambio drástico. Propongo dos que requieran una gran cantidad de recursos y que espero sean desarrolladas a largo plazo. La primera de ellas tiene que ver con el desarrollo de una aplicación (app) propia del Instituto que sea informativa en temas de promoción del envejecimiento saludable, cuidado de la persona mayor, seguimiento de la salud de la persona mayor y que termine siendo un vínculo de la población con los recursos educativos del InGer.

La segunda de ellas es el diseño de recursos educativos para realidad virtual. El crecimiento tecnológico ha dado amplios y acelerados pasos, la noción de un mundo virtual ya no es un sueño o una idea de ciencia ficción. Muchas empresas y universidades han estado aventurándose en este nuevo mundo y poco a poco más organizaciones, tanto privadas como gubernamentales, se irán in-

corporando. Por lo que el InGer también debe de formar parte de él. Evidentemente falta revisar el papel que un INS puede tener en este nuevo mundo, los alcances y su impacto. Pero si una parte del

futuro está en el mundo virtual también una parte del futuro del InGer debe de estar ahí, aunque tenemos presente que la incursión en este ámbito puede tener importantes implicaciones éticas.

Con todo lo comentado anteriormente, progresivamente el InGer se convertirá en el Centro Educativo del Envejecimiento a nivel nacional. Para lograrlo, propongo:

| Eje Longitudinal 3. Incrementar los alcances del área de enseñanza y divulgación. | |
|--|--|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 3.1. Fortalecer los recursos educativos existentes. | 3.1.1. Actualizar la oferta educativa existente. |
| | 3.1.2. Aumentar el número de cursos y diplomados impartidos, centrándose en la educación continua del personal de salud de atención primaria, los jóvenes y las personas mayores. |
| | 3.1.3. Elevar el número de profesionales de la salud con constancia de conclusión de los cursos y diplomados recibidos. |
| | 3.1.4. Reformar la plataforma educativa para automatizar procesos e incrementar la usabilidad. |
| | 3.1.5. Evaluar la situación de enseñanza de los cursos y diplomados proporcionados por el InGer y su impacto en la calidad de atención en salud. |
| | 3.1.6. Poner en marcha el laboratorio de simulación del Instituto para prácticas educativas de pregrado y posgrado. |
| 3.2. Fortalecer los modelos de competencia laboral (CONOCER-SEP). | 3.2.1. Aumentar el número de Centros Evaluadores acreditados. |
| | 3.2.2. Lograr un incremento en los Procesos de Evaluación. |
| | 3.2.3. Aumentar los Grupos de Dictamen. |
| | 3.2.4. Impulsar certificación de competencia laboral. |
| 3.3. Mejorar la calidad e impulsar la cantidad de productos para la Comunicación y Divulgación. | 3.3.1. Consolidar la divulgación científica y social mediante la mejora continua de la página web, las redes sociales (Facebook, Twitter, Youtube), el Boletín, la Biblioteca virtual, el Repositorio, etc. |
| | 3.3.2. Poner en marcha las redes sociales de Instagram y TikTok del Instituto. |
| | 3.3.3. Establecer un programa de capacitación en comunicación, oratoria y presentación para el personal del Instituto. |
| | 3.3.4. Ampliar la participación del InGer en redes de formación académica (congresos, seminarios, mesas de debate, etc.) en envejecimiento a nivel nacional e internacional. |
| | 3.3.5. Ampliar la participación del InGer en medios de comunicación (radio y televisión) a nivel nacional e internacional. |
| | 3.3.6. Ampliar la participación del InGer en Casas de Día o Estancias de Cuidados Prolongados para Personas Mayores. |

Continúa...

...continuación

| | |
|---|---|
| 3.4. Implementar el programa de formación de recursos humanos especializados. | 3.4.1. Diseñar los programas de formación de recursos humanos a nivel posgrado (Especialidad, Maestría o Doctorado) con sede en el InGer y con certificación académica propia. |
| | 3.4.2. Colaborar en las actividades de diseño y reestructuración de planes académicos en diferentes organizaciones educativas en carreras como medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición, etc. |
| 3.5. Diseñar nuevos recursos educativos. | 3.5.1. Diseñar una app propia del Instituto con funciones de enseñanza y divulgación de temas sobre envejecimiento. |
| | 3.5.2. Planear el diseño de recursos educativos sobre envejecimiento saludable en la realidad virtual. |
| E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de enseñanza al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal de enseñanza al Instituto. |
| | E.T.1.1.2. Instaurar Sesiones Generales Académicas, en donde participen todas las áreas sustantivas del InGer bajo un mecanismo de asignación rotatorio. Coordinadas directamente por la Dirección de Enseñanza y Divulgación. |
| E.T.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género. | E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. |
| | E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. |
| | E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad de todas las expresiones de la diversidad sexual y de género. |
| | E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |
| E.T.1.3. Tolerancia cero a la corrupción. Transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal de enseñanza. |
| | E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de enseñanza respecto a estos temas. |
| E.T.2.1. Establecer relaciones entre el personal de enseñanza del Instituto con las otras áreas del mismo. | E.T.2.1.1. Promover la participación del personal de enseñanza en el diseño e impartición de cursos en la Unidad de atención geriátrica ambulatoria. |
| | E.T.2.1.2. Promover la generación de la línea de investigación sobre educación en salud en personas mayores (health literacy in older adults) en conjunto con la Unidad de atención geriátrica y el área de investigación. |
| E.T.2.2. Establecer relaciones entre el área de enseñanza y universidades. | E.T.2.2.1. Promover la generación de vínculos con universidades privadas y públicas en distintas carreras de la salud, con las perspectiva de envejecimiento saludable. |

Eje Longitudinal 4. Consolidar el programa de atención geriátrica ambulatoria

Los modelos de atención geriátrica pueden definirse como el conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, desarrolladas por un equipo de salud y dirigidas a un grupo de pacientes mayores y sus familias (41). Es decir, es una forma de organizar los recursos y procesos para llevar a cabo las actividades de atención en salud (42). La figura 5 -traducida del trabajo de Fulmer et al. (43)- muestra la distribución de los servicios de salud (tanto dentro del propio sistema de salud como en la salud pública y la comunidad) dirigidos a las personas mayo-

res según el tipo de enfermedad o necesidad; como se puede apreciar, la cúspide de los servicios está enfocada a las enfermedades graves -que deberían de ser los menos- y la base está dirigida a la promoción de la salud en toda su expresión (vacunas, estilos de vida saludables, determinantes sociales, etc.) -que deberían de ser los más ampliamente distribuidos en la población-.

Estos servicios dirigidos a la persona mayor se proporcionan a la población a través de tres modelos de atención en salud claramente definidos: centrada en el profesional, en los recursos y en la persona (44). Dentro del SNS mexicano los modelos que prevalecen son los dos primeros. Sin embargo, la atención de la persona mayor no debería estar enfocada únicamente en estos. El concepto

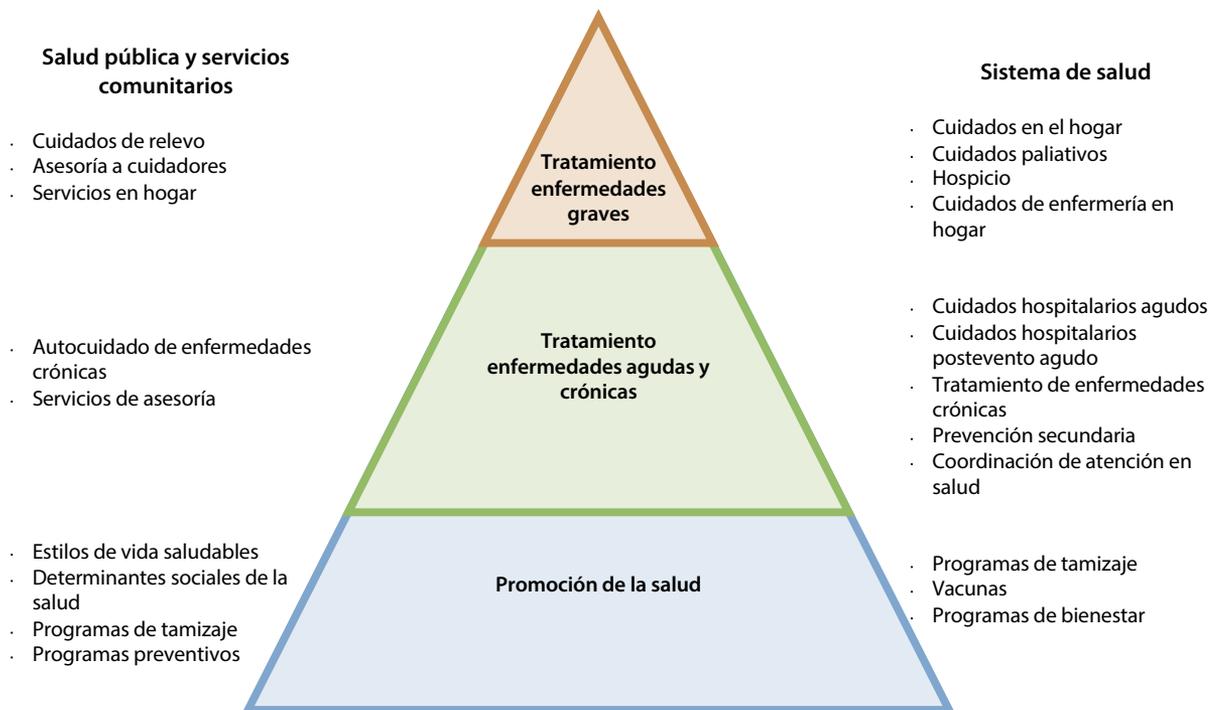


Figura 5. Salud y atención en salud en personas mayores.

de envejecimiento saludable propone también valorar la opinión, las preferencias y las expectativas del paciente en su tratamiento. Se ha encontrado que las personas mayores valoran más la funcionalidad y los lazos sociales que el restablecimiento de su salud, siendo elementos importantes que le generan bienestar (45). Siguiendo esta idea, lo que fundamenta la toma de decisiones en geriatría es la función, es decir, evitar o retrasar el deterioro funcional que le impida a la persona mayor interactuar con el medio en donde se desarrolla (46).

En una sociedad en donde se respete la integridad de su población no es la población la que debe de acomodarse al sistema de salud, el sistema de salud debe de adaptarse a esta.

Por lo tanto, el modelo de atención en salud que propongo para llevar a cabo la atención en personas mayores, según el paradigma del envejecimiento saludable, es el centrado en la persona -como lo remarca el PAE-E 2019-2024 sobre envejecimiento-, debido a que da prioridad a la funcionalidad y autonomía del paciente (42,47). Además de que busca integrar a los familiares a la atención integral, mejorar la comunicación del personal de salud hacia los pacientes, promover la coordinación entre servicios para brindar integralidad al tratamiento y buscar el acompañamiento (44).

Sin embargo, no se debe perder de vista que la atención con enfoque geriátrico debe de permear en todos los servicios del sistema de salud y, por consecuencia, ser realizada por el personal de salud asesorado por especialistas en geriatría -ya que estos son capaces de brindar una visión amplia del envejecimiento con todas las particularidades de esta etapa de la vida (41)-.

Mi propuesta se centra en poner en marcha el Modelo de Atención Geriátrica Ambulatoria (MAGA) centrado en la persona mayor y en la no-

ción del envejecimiento saludable, preservando la continuidad de la atención y la visión integral, mediante el establecimiento de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria (UAGA).

Esta Unidad debe basarse en características que la evidencia demuestra efectivas y con alto impacto, respecto a los cuidados tradicionales del envejecimiento (41,42,46):

1. La multidisciplinariedad de sus equipos de salud, los cuales deben de ser conformados por personal de medicina, enfermería, nutrición, rehabilitación, trabajo social, psicología, laboratorio y farmacia;
2. La familia y las redes de apoyo de los pacientes deben de ser integrados progresivamente y activamente en el tratamiento;
3. Debe de existir un empoderamiento de la persona mayor basado en el acceso a la información, la inclusión y la participación;
4. Se tiene que lograr el acompañamiento de la enfermedad, haciendo un vínculo de sinergia entre el sistema de salud y el paciente para establecer una relación en la cercanía y en la distancia (el uso de las TICs es relevante para lograrlo). Este inciso es sumamente importante debido a que las enfermedades más prevalentes conllevan una cronicidad permanente. Además de que, en algunos casos, involucran servicios de rehabilitación o cuidados paliativos;
5. Su enfoque tiene que ser preventivista y de promoción de la salud, debido a que a través de ambos se otorgan las herramientas necesarias para que la persona mayor aprenda a cuidar de su salud.

Estas características tienen el fin de lograr el máximo desarrollo social, de salud y de calidad de vida en las personas mayores; además de evitar eventos

agudos que requieran modelos de atención geriátrica inmediatos.

Un punto a resaltar es que la Unidad no debe de promover la dependencia institucional de la salud de la persona mayor, no debe de fracturar los vínculos de capital social formales e informales del paciente y no tiene que poner su foco de atención en resolver la enfermedad a cualquier costo, mas bien tiene que aterrizar sus acciones en fomentar la funcionalidad, autonomía y bienestar de la persona mayor. La vinculación en la distancia de la Unidad con el paciente y sus familiares será clave para lograrlo. Sin embargo, la Unidad al ir creciendo y madurando tiene que establecer un sistema de asesoría hacia el primer nivel de atención, con el fin de capacitar a médicos de primer contacto y proporcionar atención y cuidados geriátricos a más personas mayores -un actor con el que podría existir sinergia es el Instituto para el Envejecimiento Digno (INED) de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la CDMX (SIBISO)-.

Además, al ser una Unidad de reciente creación, se debe de atender ciertos puntos sobre seguridad del paciente y calidad de la atención brindada. De primera instancia, se necesita comenzar con la definición de protocolos claros en materia de vigilancia epidemiológica, identificación de riesgos e infraestructura adaptada a las necesidades del paciente.

Por otro lado, el modelo tiene la importante tarea de relacionarse con las otras dos áreas vitales del InGer: la enseñanza y la investigación. Sin duda alguna, las tareas del módulo de atención se vincularán a través de dos puntos sustanciales: en cuanto a la enseñanza, será a través la puesta en marcha de actividades de aprendizaje a personal de salud (residentes, internos de pregrado, personal de enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, fisioterapeutas, entre otros más) en temas de geriatría, desde un abordaje integral -no solo la parte biológica y clínica, también la social y de investigación- y mediante la capacitación formal en gerontología a la comunidad en general (principalmente la red de apoyo de los pacientes) y sobre autocuidado a los pacientes.

Mientras que su relación con la investigación involucra realizar estudios sobre los resultados en salud, debido a que existe gran exclusión de la población adulta mayor a estudios clínicos observacionales y de intervención (48,49,50). Por lo que la Unidad favorecerá activamente el desarrollo de la investigación clínica en la persona mayor, solventando esta ausencia de conocimiento y generando evidencia para mejores prácticas clínicas. También podrá impulsar la investigación en modelos de atención y en estudios de salud pública. Una estrategia para hacerlo es la creación de cohortes clínicas que tendrán el fin de ser la base para la generación de protocolos de investigación.

Tomando en cuenta lo comentado anteriormente, estas son las estrategias y líneas de acción que propongo:

| Eje Longitudinal 4. Consolidar el programa de atención geriátrica ambulatoria. | |
|--|---|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 4.1. Establecer los servicios ambulatorios de atención geriátrica, mediante el diseño e implementación de modelos y acciones basadas en evidencia que coadyuven a la atención integral de las personas mayores. | 4.1.1. Consolidar la infraestructura física para las actividades clínico-asistenciales de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | 4.1.2. Iniciar el funcionamiento de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | 4.1.3. Impulsar el funcionamiento de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | 4.1.4. Diseñar e implementar la Unidad de Promoción del Envejecimiento Sano y Activo, a desarrollarse en el área ocupada actualmente por las instalaciones deportivas. |
| | 4.1.5. Gestionar la apertura del Programa Presupuestario E023 "Atención a la Salud". |
| | 4.1.6. Definir la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) pertinente, de acuerdo a las actividades clínico-asistenciales definidas en la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria del InGer. |
| | 4.1.7. Tramitar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ante la Secretaría de Salud de acuerdo a las características en la prestación del servicio de las actividades clínico-asistenciales definidas en la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria del InGer. |
| | 4.1.8. Fortalecer el desarrollo de modelos de atención y acciones basadas en la evidencia en los tres niveles de atención. Donde prime la calidad de los servicios brindados. |
| | 4.1.9. Definir un servicio de atención ambulatoria domiciliaria haciendo sinergia con unidades de primer nivel de atención. |
| | 4.1.10. Definir un servicio de atención ambulatoria a distancia empleando las TICs (telemedicina). |
| | 4.1.11. Implementar un expediente clínico electrónico que en un futuro sea compatible con el que pueda implementarse en el sector salud y vincularlo, desde el inicio, con el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. |
| 4.2. Establecer las características que la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria debe de cumplir para apegarse al modelo propuesto. | 4.2.1. Precisar los servicios que brindará la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria a través de manuales operativos. |
| | 4.2.2. Definir y crear los equipos multidisciplinarios que estarán dentro de la Unidad. |
| | 4.2.3. Generar los lineamientos para el involucramiento de los familiares en la atención de salud de sus pacientes. |
| | 4.2.4. Asegurar las habilidades de comunicación y respeto a la autonomía de la persona mayor dentro del actuar del personal de salud de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | 4.2.5. Desarrollar un protocolo para la seguridad del paciente en infraestructura y atención en salud dentro de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | 4.2.6. Analizar la factibilidad de departamentalizar la Unidad con base en Áreas que atiendan enfermedades o síndromes específicos. |

Continúa...

... continuación

| | |
|--|---|
| E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de salud al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración de este nuevo personal de salud al Instituto. |
| E.T.1.2. Establecer los elementos de calidad de la atención y seguridad en el paciente en la cultura organizacional de la Unidad. | E.T.1.2.1. Desarrollar una cultura organizacional que incorpore la calidad de la atención en los servicios de salud brindados. |
| | E.T.1.2.2. Desarrollar una cultura organizacional que incorpore la seguridad en el paciente. |
| E.T.1.3. Definir estrategias que promuevan la equidad de género entre el personal de salud del InGer. | E.T.1.3.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. |
| | E.T.1.3.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. |
| | E.T.1.3.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad de todas las expresiones de la diversidad sexual y de género. |
| | E.T.1.3.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |
| E.T.1.4. Tolerancia cero a la corrupción. Transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.4.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal de salud. |
| | E.T.1.4.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de salud respecto a estos temas. |
| E.T.2.1. Establecer relaciones entre el personal de salud del Instituto con las otras áreas del mismo. | E.T.2.1.1. Promover la participación del personal de la salud en el diseño e impartición de cursos con el área de enseñanza a la población en general y a los pacientes. |
| | E.T.2.1.2. Instaurar la relación entre las actividades de atención geriátrica y las de enseñanza a través de la definición de programas educativos que se brindarán al personal que se va formar dentro de la Unidad. |
| | E.T.2.1.3. Instaurar la relación entre las actividades de atención geriátrica y las de enseñanza a través de la definición de programas educativos que se brindarán a los pacientes y sus familiares. |
| | E.T.2.1.4. Promover el impulso y la generación de nuevas líneas de investigación clínica, en conjunto con el área de investigación, a través de la definición de protocolos y proyectos que se puedan desarrollar dentro de la Unidad. |
| E.T.2.2. Establecer relaciones entre la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria y unidades de servicios de salud. | E.T.2.2.1. Generar vínculos con unidades de primer nivel de atención. |
| | E.T.2.2.2. Generar vínculos con unidades de segundo nivel de atención. |
| | E.T.2.2.3. Generar vínculos con unidades de tercer nivel de atención. |
| | E.T.2.2.4. Generar vínculos con el Instituto para el Envejecimiento Digno de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la CDMX. |
| E.T.2.3. Establecer relaciones entre la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria con diversas universidades. | E.T.2.3.1. Generar vínculos con universidades públicas y privadas para la recepción de alumnos de pregrado y posgrado a la Unidad de atención en salud del Instituto. |

Eje Longitudinal 5. Agilizar y transparentar los procesos administrativos

El InGer no escapa a la normativa que, en el terreno administrativo, se da en diversas instituciones del gobierno federal. El trabajo cotidiano se lleva a cabo en un entorno de riesgo, de dificultades para la interpretación de las regulaciones, de responsabilidades administrativas y auditorías casi permanentes por parte de instancias fiscalizadoras. Las múltiples solicitudes de información, preparación de informes y conducción de comités hacen que, en alguna medida, el apoyo a las áreas sustantivas sea limitado.

Si bien, el desempeño de la gestión administrativa ha sido de elevada calidad (ya que se han resuelto la totalidad de las observaciones de auditoría anteriores y la eficiencia del ejercicio del gasto con corte al segundo trimestre del ejercicio 2022, es del 100% de los recursos programados) hay, por supuesto, posibilidades de mejora.

Algunas de las cuestiones que podrían dificultar la mejoría están relacionadas directamente no con razones de proceso sino de estructura. Es decir, el personal es insuficiente, el existente no está en la categoría salarial que le debería corresponder y el presupuesto total del Instituto cubre, en gran medida, únicamente el gasto de operación. Adicionalmente, el Instituto no cuenta con un área Jurídica, la cual resulta fundamental para el funcionamiento eficiente de cualquier institución -por lo que el Instituto paga servicios de asesoría especializada en materia jurídica-. Esta deficiencia, con el que cuenta el InGer desde su origen, debe resolverse con niveles salariales adecuados, estructura suficiente y más personal. Por ejemplo no se aprobaron todas las plazas solicitadas para la Unidad de Atención Geriátrica.

Es un hecho indudable que el buen funcionamiento del Instituto requiere una consolidación presupuestal que permita a plenitud el funcionamiento integral del mismo.

La carencia presupuestal es probablemente el mayor reto que enfrenta el Instituto para su plena consolidación. Si bien, los financiamientos externos, sean de fuentes públicas o privadas, han permitido realizar diversas tareas y objetivos, (por ejemplo: la creación de los laboratorios de ciencia de datos y política pública) al ser aportaciones excepcionales que ofrecen cierta cantidad -en un periodo determinado de tiempo-, la continuidad de los proyectos realizados con ese financiamiento se trunca al concluir el apoyo. Se requiere la generación de plazas de personal en diferentes ámbitos.

Soy consciente que las restricciones presupuestales obedecen a prioridades sociales en la distribución de los recursos. Por eso es fundamental incidir y probar la relevancia social del Instituto a efecto de contar con los recursos suficientes sin excesos ni dispendios para su eficiente operación en beneficio de los mexicanos.

Sabemos que la mejora en la operación va más allá de los requerimientos presupuestales, también involucran la supervisión y mejora en la revisión de procesos y la reestructuración de los mismos.

Algunas mejoras están relacionadas con perfeccionar los mecanismos de comunicación con la comunidad del InGer. Si bien, el equipo de administración se caracteriza por alto compromiso y vocación de servicio, sus objetivos a veces no se vinculan con las demandas y necesidades de las áreas sustantivas. Otro componente indispensable es el de trabajar para delimitar con sumo cuidado las responsabilidades de cada Dirección en cada proceso.

Las líneas poco claras en actividades específicas han sido motivo de frecuentes dificultades, en parte debido precisamente a comunicación ineficiente o a la falta de recursos humanos, que trae saturación de tareas o bien una normatividad confusa. En particular, los procesos relativos a licitaciones y contratos tendrían que ser analizados.

Un asunto adicional que también hace compleja la función administrativa es que, debido a la falta de estructura, la Subdirección de Planeación y el Departamento de Informática dependen por organigrama de la Subdirección de Administración. Por lo que la organización de la Subdirección tendrá que ser revisada cuidadosamente.

Otro proceso administrativo que requerirá especial atención es el manejo de recursos externos para investigación. Ya que este departamento se ha visto rebasado como consecuencia de la política del Instituto para la obtención de fondos para investigación.

Gran parte del control financiero de los fondos cae directamente en la responsabilidad del investigador, en parte, porque una sola persona tiene esa función. De hecho, en varios de los financiamientos obtenidos se ha tenido que solicitar autorización para contar con apoyo administrativo. Por lo tanto, es indispensable la integración de un Área de Manejo de Recursos de Investigación que dependa de la propia Dirección de Investigación.

Teniendo en mente lo anterior, propongo:

| Eje Longitudinal 5. Agilizar y transparentar los procesos administrativos. | |
|--|---|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 5.1. Gestión eficiente de los recursos y el cumplimiento estricto de la normatividad. | 5.1.1. Revisar la integración de los equipos de trabajo en administración y considerar una reorganización. |
| | 5.1.2. Establecer rutas de gestión claramente definidas para cada uno de los procesos administrativos. |
| | 5.1.3. Establecer mecanismos de comunicación directos con el Órgano Interno de Control para que, con apego a los más altos estándares, se busquen siempre mejoras para la correcta operación administrativa del InGer. |
| 5.2. Mejorar la estructura y funcionamiento de la Subdirección de Administración. | 5.2.1. Realizar un diagnóstico de la integración y operación de la Subdirección. |
| | 5.2.2. Considerar la reingeniería de algunos de los procesos. |
| | 5.2.3. Considerar la reubicación del área de gestión de proyectos de investigación en la Dirección de Investigación. |
| | 5.2.4. Considerar la reubicación de la Subdirección de Planeación, separándola de la Subdirección de Administración. |
| | 5.2.5. Considerar la reubicación del Departamento de Informática, separándolo de la Subdirección de Administración. |
| | 5.2.6. Resolver la problemática del vacío del área jurídica. |
| 5.3. Negociar la liberación de más plazas para las áreas sustantivas del Instituto. | 5.3.1. Negociar las plazas faltantes para el correcto funcionamiento de las áreas sustantivas del Instituto. |
| | 5.3.2. Negociar la homologación salarial a área médica de las plazas de estructura. |

Continúa...

...continuación

| | |
|---|---|
| 5.4 Negociar la asignación de presupuesto de obra, remodelación, mantenimiento y equipamiento. | 5.4.1. Contar con recursos para completar los ajustes del espacio arquitectónico, entre ellos, el auditorio, la biblioteca /comedor, la homologación de todas las áreas, el cambio de red hidráulica en dos de los edificios y el equipamiento en la Unidad de Atención. |
| 5.5 Vigilar y mantener el correcto sustento legal y administrativo de los comodatos, incluido el Banco del Bienestar y de otras áreas del InGer. | 5.5.1 Resolver con oportunidad cualquier desviación que pueda ocurrir con las áreas ocupantes y presentar ante Junta de Gobierno una solución definitiva para la alberca. |
| E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal administrativo al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal administrativo al Instituto. |
| E.T.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género entre el personal administrativo del InGer. | E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. |
| | E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. |
| | E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad de todas las expresiones de la diversidad sexual y de género. |
| | E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |
| E.T.1.3. Tolerancia cero a la corrupción. Transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal administrativo. |
| | E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal administrativo respecto a estos temas. |
| E.T.2.1. Evidenciar las actividades administrativas en las áreas de investigación, enseñanza y atención en salud. | E.T.2.1.1. Mostrar los beneficios que las actividades administrativas confieren a las demás áreas sustantivas del Instituto, a través de la evidenciación de procesos y tareas. |
| | E.T.2.1.2. Dotar de autonomía al área administrativa en la toma de decisiones, con el fin de agilizar los procesos y tareas. |
| | E.T.2.1.3. Fomentar los canales de comunicación entre las áreas sustantivas del Instituto para la toma de decisiones. |
| E.T.2.2. Establecer vínculos entre la Subdirección de Administración y otras instituciones enfocadas a la administración. | E.T.2.2.1. Generar relaciones entre el área administrativa del Instituto e instituciones enfocadas en la educación en administración pública, con el fin de promover la capacitación y actualización constante del personal administrativo. |

Eje Longitudinal 6. Planeación estratégica

El InGer ha ido transformando su imagen y significado desde su fundación. Este proceso seguirá en marcha debido a que aumentará su influencia, incrementará su credibilidad y fortalecerá su confiabilidad con cada publicación científica, cada personal de la salud o paciente que revise el contenido educativo que ofrece y cada persona mayor que se atiende dentro de sus muros; es decir, con cada actividad realizada producto del trabajo colaborativo, desde la Dirección General hasta la plaza considerada como pie de rama sindicalizada. En consecuencia, el cumplimiento de la misión y el alcance de la visión no sólo es el resultado de una buena dirección y liderazgo sino de una visión compartida y entendida por todos. Por esta razón, la planeación estratégica se erige como el sexto Eje Longitudinal de mi Plan de Trabajo.

El fortalecimiento de la gestión planteado hasta ahora mediante los Ejes comentados requiere, a nivel organizacional, de al menos dos aspectos fundamentales para poder ser una realidad en el InGer. A saber:

1. La implementación, el seguimiento y la evaluación de las estrategias propuestas y;
2. La integración de equipos de alto desempeño para el monitoreo de los indicadores.

Aunque en este primer aspecto considero que la responsabilidad de implementar, dar seguimiento y evaluar las estrategias está estrechamente vinculada con los titulares de las áreas y las medidas que éstos adoptan para el cumplimiento de sus funciones, resalto la apremiante necesidad de que sea el área de Planeación quien coordine las acciones y

vigile que el cambio que se establezca en la operatividad futura se encuentre fundado y motivado sobre los Ejes Transversales, los cuales puntualicé con anterioridad.

El segundo aspecto implica que la integración de equipos de alto desempeño con personal adscrito a diversas áreas debe comenzar con el correcto conocimiento y entendimiento del impacto que tienen todas y cada una de las actividades en el cumplimiento de las metas, objetivos e indicadores; con el fin de que las personas servidoras públicas que los integran transmitan al interior de sus áreas la relevancia de la gestión operativa en el cumplimiento de objetivos. De igual manera, un equipo consolidado hará posible la implementación de un monitoreo que, de manera puntual y objetiva, podrá detectar posibles desviaciones a los programas de trabajo, permitiendo estudiar y determinar las medidas idóneas para corregirlas. En otras palabras, cada persona servidora pública adscrita al InGer necesita saber que su labor bien ejecutada adhiere valor a la institución y que todas las personas servidoras públicas deben dirigir sus esfuerzos a la consecución de ese fin, independientemente de su área de adscripción.

Aunque parezca evidente, preguntarnos el qué hacemos y el para qué lo hacemos al dar seguimiento a los indicadores, resulta un ejercicio que refleja la necesidad de transformar la manera en la que concebimos la misión y la visión en el día a día. Actualmente enfrentamos obstáculos multifactoriales que derivan de desviaciones no corregidas a tiempo, dentro de los cuales identifico los siguientes: no todo el personal tiene claridad sobre el impacto que sus labores rutinarias tienen en el cumplimiento de la misión, visión u objetivos institucionales; hay personas servidoras públicas que denotan falta de motivación e interés en lo que

hacen rutinariamente; en algunos casos el exceso en la carga de trabajo es el resultado de omisiones y de esfuerzos aislados entre las áreas, las cuales aparentemente entienden de diferente manera sus funciones, responsabilidades y roles de participación en los procesos internos; y, en lo que respecta a la planeación, la Subdirección de Planeación no cuenta con elementos técnicos y mecanismos eficientes para la correcta coordinación, elaboración e integración de informes y para brindar claridad en el seguimiento de los indicadores.

En este sentido, las acciones de mejora propuestas implican cambiar el rumbo de la Planeación Institucional, dejando de fragmentar el trabajo por áreas y de reenviar requerimientos a cada titular o responsable de alguna función, sin que éste tenga claro la naturaleza de la solicitud o la importancia de su participación en el cumplimiento de las metas institucionales. Implica la reestructuración de procesos internos que responden a necesidades apremiantes, pero deben ser entendidos desde otra óptica, desde una que le permita a cada persona servidora pública coadyuvar y sumar va-

lor realizando sus funciones en estricto apego a la normatividad, consciente de sus responsabilidades y con una participación “más activa” dentro del rol que le corresponde en cada proceso interno.

En síntesis, el objetivo de la Planeación Estratégica que propongo es el de enfrentar los retos actuales y futuros mediante el trabajo coordinado. Un obstáculo para lograrlo será la resistencia al cambio y, el hecho, de que las medidas que presento implican la reestructuración de procesos y de las áreas al interior de Instituto para dotar a la Subdirección de Planeación de las herramientas técnicas y humanas para cambiar el rumbo en el ámbito de sus funciones y atribuciones.

Actualmente la Subdirección mencionada realiza funciones orientadas a la coordinación y elaboración de informes y programas; la intención de renovar el área en cuestión es para que cumpla a cabalidad con las funciones establecidas en el Manual de Organización Específico y para atender de manera puntual las solicitudes que demandan información sobre el estado que guarda el InGer y el nivel de cumplimiento de las metas establecidas.

Derivado de lo anterior, mi propuesta es la siguiente:

| Eje Longitudinal 6. Planeación estratégica. | |
|--|--|
| Estrategias | Líneas de acción |
| 6.1. Planeación Institucional. | 6.1.1. Concretar propuestas de reestructuración orgánica y de infraestructura empleando las TICs. |
| | 6.1.2. Fortalecer la gestión institucional mediante la integración de equipos de trabajo y proponerlos al Comité Técnico de Administración y Programación (COTAP) para establecer los mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación de las estrategias propuestas en el Programa de Trabajo de la Dirección General. |
| | 6.1.3. Coordinar la elaboración e integración de los informes y programas de trabajo. |
| | 6.1.4. Evaluar y vigilar el cumplimiento de las metas institucionales y de los indicadores. |
| | 6.1.5. Detectar oportunamente las posibles desviaciones en los indicadores elaborados por las áreas, con el fin de definir líneas de acción que permitan al cierre del ejercicio mantener una integración razonable entre la planeación, programación y resultados reportados en la MIR, para contribuir a la transparencia y rendición de cuentas. |
| | 6.1.6. Coordinar el Programa de Trabajo de Control Interno y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |
| | 6.1.7. Proponer la adopción de políticas y de prácticas que estén relacionadas a la modernización administrativa y representen un área de oportunidad para el InGer. |
| E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal administrativo al InGer. | E.T.1.1.1. Establecer desde la planeación un modelo de liderazgo sólido, con autoridad, empático y flexible en cada puesto de mando, para el alcance de los objetivos propuestos. |
| E.T.2.1. Promover la vinculación del Instituto interna y externamente. | E.T.2.1.1. Incrementar la presencia del InGer participando activamente con otras áreas de Planeación que formen parte del Sistema Nacional de Salud. |
| | E.T.2.1.2. Incrementar la presencia y participación del InGer en las agendas de instituciones u organismos públicos y privados relacionados con el envejecimiento y salud. |
| | E.T.2.1.3. Participar, en las áreas que lo requieran, como enlace de auditoría cuando el Director o Directora General lo determine. |
| | E.T.2.1.4. Reestructurar el papel del área de planeación estratégica para que funja como Prosecretario en la Junta de Gobierno. |
| | E.T.2.1.5. Reestructurar el papel del área de planeación estratégica para que coordine el Comité Técnico de Administración y Programación (COTAP). |

Alineación estratégica del Plan de Trabajo con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024

Es indudable que las transformaciones sociales conllevan múltiples acciones dirigidas al logro de metas y objetivos, debido a que no es posible lograr cambios significativos si no hay sinergia entre las actividades que se realizan. Toda pequeña acción debe de estar ligada a la realización de una actividad más grande y, ésta a su vez, debe de formar parte de una estrategia específica que al final contribuye al cumplimiento de un plan mayor.

Habiendo presentado los Ejes Transversales y Longitudinales del Plan de Trabajo, se procede a exponer su alineación estratégica específica con el

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, con el propósito de sumar en la transformación del país y del Sistema Nacional de Salud de la actual administración. Sin duda alguna, cada estrategia y línea de acción, de este documento, robustece y aproxima más al logro de las metas propuestas por los Planes comentados. Se resalta que se siguen los Principios Rectores del PND 2019-2024: 1. Honradez y honestidad. 6. Por el bien de todos, primero los pobres. 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. 8. Economía para el bienestar; los cuales son la punta de lanza de la administración en turno y que el InGer comparte.

Cuadro 13. Alineación del Plan de Trabajo con el PND y el PSS, 2019-2024.

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|--|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. 8. Economía para el bienestar. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.1. Brindar atención prioritaria a grupos históricamente discriminados mediante acciones que permitan reducir las brechas de desigualdad sociales y territoriales. | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Salud y bienestar. | 2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I. 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 3.1 Fortalecimiento del Sistema. Nacional de Salud. 3.3 Infraestructura y equipamiento en salud. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud. 4.4 Promoción de vida saludable 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. | 1. Afanzar el desarrollo de la investigación científica.a | 1.1. Continuar con el impulso al alto desempeño de todos los investigadores. | 1.1.1. Desarrollar el trabajo de investigación a través de la vinculación directa de los investigadores con las líneas de investigación sobre envejecimiento establecidas dentro del Instituto. 1.1.2. Desarrollar el Programa de Mentorías, de los investigadores de mayor experiencia hacia los menos experimentados, con el fin de impulsar el trabajo de estos últimos. 1.1.3. Mantener un monitoreo constante de la producción científica por investigador. 1.1.4. Continuar con la elaboración de Programas Anuales de Trabajo personales que establezcan claramente metas individuales, que permitan su cumplimiento al cierre del año. 1.1.5. Estimular a los investigadores que no cuentan con el grado de doctorado para que se inscriban en programas de posgrado. |
| | | | | | | 1.2. Continuar con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). | 1.2.1. Mantener el papel del Instituto como principal colaborador en la realización y análisis del ENASEM. |
| | | | | | | 1.3. Fortalecer un ambiente que favorezca la crítica y la participación constructiva de todos los investigadores. | 1.3.1. Propiciar un ambiente respetuoso, de colaboración y de competencia constructiva entre los investigadores. 1.3.2. Mantener las vías de comunicación abiertas y permanentes para que los investigadores puedan comunicar sus inquietudes. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|--|---|---|---|-------------------------------|--|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | <p>Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades.</p> | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | | 1.4. Mantener el desempeño óptimo en los Laboratorios de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (LIEFAM), de Biología del Envejecimiento (LBE) y la Unidad de Fisiología Integrativa (UFI). | <p>1.4.1. Diseñar un programa de mantenimiento que permita el funcionamiento óptimo de toda la infraestructura de investigación.</p> <p>1.4.2. Realizar un análisis a largo plazo (10 años) que permita identificar oportunamente obsolescencia de equipo.</p> <p>1.4.3. Impulsar la búsqueda de fondos de terceros que permitan reemplazar y renovar equipo de laboratorio.</p> |
| | Eje Transversal 1. Igualdad de género, no discriminación e inclusión. | | | | | E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de investigación al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal de investigación al Instituto. |
| | | | | | | E.T.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género, especialmente entre las investigadoras jóvenes. | <p>E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrentan las investigadoras en su desarrollo académico.</p> <p>E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo.</p> <p>E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad a las mujeres y la comunidad LGBTTIQ+.</p> <p>E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género.</p> <p>E.T.1.2.5. Establecer estrategias que apoyen a las investigadoras con hijos en edad escolar, con el fin de que logren mantener su producción científica.</p> <p>E.T.1.2.6. Proponer a la Dirección General de Políticas de Investigación que considere el embarazo como motivo para solicitar prórroga en la evaluación como Investigador en Ciencias Médicas (ICM) para el Sistema Institucional de investigadores.</p> |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|--|-----------|--|--|-------------------------------|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Trásversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | | | | E.T.1.3. Tolerancia cero a la corrupción, transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal de investigación. |
| | | | | | | | E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de investigación respecto a estos temas. |
| 8. Economía para el bienestar. | | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Salud y bienestar. | 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 4.1 Vigilancia sanitaria y epidemiológica. 4.4 Promoción de vida saludable 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. | | E.T.2.1. Establecer relaciones entre los investigadores del Instituto con las otras áreas del mismo. | E.T.2.1.1. Promover la participación de los investigadores en el diseño e impartición de cursos relacionados con el área de enseñanza. |
| | | | | | | | E.T.2.1.2. Promover la generación de la línea de investigación sobre educación en salud en personas mayores (health literacy in older adults) en conjunto con la unidad de atención geriátrica y el área de enseñanza. |
| | | | | | | E.T.2.2. Establecer relaciones entre los investigadores del Instituto con investigadores externos. | E.T.2.2.1. Fomentar intercambios académicos y profesionales de investigadores. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|--|----------------------------------|---|---|--|--|---|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 6. Por el bien de todos, primero los pobres. 8. Economía para el bienestar. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.1. Brindar atención prioritaria a grupos históricamente discriminados mediante acciones que permitan reducir las brechas de desigualdad sociales y territoriales. | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Salud y bienestar. | 2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-1. 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 3.1 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud. 4.4 Promoción de vida saludable 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. | 2. Elevar la calidad, relevancia y traslación de la investigación. | 2.1. Impulsar los proyectos de investigación de alta calidad y la publicación en revistas científicas y libros de alto nivel. | 2.1.1. Elevar el volumen de la producción científica del InGer. |
| | | | | | | | 2.1.2. Elevar la calidad de la producción científica del InGer. |
| | | | | | | | 2.1.3. Mejorar el índice de impacto de la producción científica. |
| | | | | | | | 2.1.4. Incrementar el número de libros y capítulos de libros publicados. |
| | | | | | | | 2.1.5. Fortalecer el trabajo del Comité de Investigación, Ética de Investigación, Bioseguridad y Manejo de animales para que un investigador de calificación mínima "D" pertenezca a cada uno de estos comités. |
| | | | | | | | 2.1.6. Fomentar que todos los investigadores del instituto estén evaluados por el Sistema Nacional de Investigadores. |
| | | | | | | | 2.2.7. Lograr que el Instituto Nacional de Geriátria y el equipo de investigadores sean el referente nacional para la asesoría y recomendaciones en materia de envejecimiento nacional. |
| | | | | | | 2.2. Trasladar los resultados de investigación a la toma de decisiones de diferentes niveles (micro, meso y macro gestión). | 2.2.1. Fomentar la investigación científica interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria en todas las líneas de investigación dentro del Instituto. |
| | | | | | | | 2.2.2. Continuar con el proyecto de la Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES). |
| | | | | | | | 2.2.3. Concretar el Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento (SIESDE). |
| | | | | | | | 2.2.4. Crear el Grupo de Asesoría para la Traslación, que permita evaluar la relevancia de los proyectos de investigación que se realizarán dentro del Instituto y el potencial de traslación de los mismos. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---|------|---|---|--|-------------------------------|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | | <p>2.2.5. Establecer mecanismos claros de traslación del conocimiento a la toma de decisiones en salud.</p> <p>2.2.6. Fomentar la interacción de los investigadores con los grupos de interés de la sociedad (ONGs, tomadores de decisiones, la comunidad, etc.) involucrados en los trabajos de investigación.</p> <p>2.2.7. Impulsar la investigación en temas prioritarios que requieran urgencia de datos para la definición de políticas públicas.</p> <p>2.2.8. Propiciar la formación curricular en investigación traslacional en los investigadores del Instituto, poniendo énfasis en los investigadores de ciencias básicas.</p> |
| | | | | | | 2.3. Asegurar el financiamiento en investigación. | <p>2.3.1. Institucionalizar el programa de apoyo financiero a la publicación de artículos científicos de acceso abierto y la traducción de manuscritos.</p> <p>2.3.2. Impulsar en la agenda de investigación el tema de envejecimiento en las diversas convocatorias de financiamiento, específicamente CONACYT.</p> <p>2.3.3. Robustecer la estrategia de obtención de fondos para investigación de terceros, de diferentes agencias donatarias del país.</p> |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. | | Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. | | E.T.1.1. Fomentar la generación de actividades académicas y mantener las actuales. | <p>E.T.1.1.1. Mantener las actividades académicas actuales como seminarios, talleres, discusión de artículos, etc.</p> <p>E.T.1.1.2. Desarrollar actividades académicas enfocadas en la interacción de investigadores de distintas disciplinas: áreas básica, clínica, epidemiológica y social.</p> |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 8. Economía para el bienestar. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Salud y bienestar. | 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud. 4.1 Vigilancia sanitaria y epidemiológica. 4.4 Promoción de vida saludable 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. | | E.T.2.1. Establecer relaciones entre los proyectos de investigación del Instituto con otras instituciones. | E.T.2.1.1. Identificar posibles colaboraciones en proyectos con los diferentes centros de investigación nacionales e internacionales sobre envejecimiento. Siendo prioritario la vinculación del Instituto con el Centro de Investigación sobre el Envejecimiento del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN (Cinvestav) y con el Consejo Nacional de Población para la elaboración de más indicadores sobre envejecimiento. E.T.2.1.2. Mantener los vínculos con el programa de salud y envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. E.T.2.1.3. Establecer vínculos entre el SIESDE y la DGIS, con el fin de que la plataforma sea reconocida y utilizada en todo el Sistema de Salud. |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.2. Garantizar el derecho a la educación laica, gratuita, incluyente, pertinente y de calidad en todos los tipos, niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional y para todas las personas. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. | 3.1 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en salud. 4.4 Promoción de vida saludable | 3. Incrementar los alcances del área de enseñanza y divulgación. | 3.1. Fortalecer los recursos educativos existentes. | 3.1.1. Actualizar la oferta educativa existente. 3.1.2. Aumentar el número de cursos y diplomados impartidos, centrándose en la educación continua del personal de salud de atención primaria, los jóvenes y las personas mayores. 3.1.3. Elevar el número de profesionales de la salud con constancia de conclusión de los cursos y diplomados recibidos. 3.1.4. Reformar la plataforma educativa para automatizar procesos e incrementar la usabilidad. 3.1.5. Poner en marcha la sala de simulación del Instituto para prácticas educativas de pregrado y posgrado. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|------|-----------|---------------------------------------|-------------|-------------------------------|---|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | 3.2. Fortalecer los modelos de competencia laboral (CONOCER-SEP). | <p>3.2.1. Aumentar el número de Centros Evaluadores acreditados.</p> <p>3.2.2. Lograr un incremento en los Procesos de Evaluación.</p> <p>3.2.3. Aumentar los Grupos de Dictamen.</p> <p>3.2.4. Impulsar certificación de competencia laboral.</p> |
| | | | | | | 3.3. Mejorar la calidad e impulsar la cantidad de productos para la Comunicación y Divulgación. | <p>3.3.1. Consolidar la divulgación científica y social mediante la mejora continua de la página web, las redes sociales (Facebook, Twitter, Youtube), el Boletín, la Biblioteca virtual, el Repositorio, etc.</p> <p>3.3.2. Poner en marcha las redes sociales de Instagram y TikTok del Instituto.</p> <p>3.3.3. Establecer un programa de capacitación en comunicación, oratoria y presentación para el personal del Instituto.</p> <p>3.3.4. Ampliar la participación del InGer en redes de formación académica (congresos, seminarios, mesas de debate, etc.) en envejecimiento a nivel nacional e internacional.</p> <p>3.3.5. Ampliar la participación del InGer en medios de comunicación (radio y televisión) a nivel nacional e internacional.</p> <p>3.3.6. Ampliar la participación del InGer en Casas de Día o Estancias de Cuidados Prolongados para Personas Mayores.</p> |
| | | | | | | 3.4. Implementar el programa de formación de recursos humanos especializados. | <p>3.4.1. Diseñar los programas de formación de recursos humanos a nivel posgrado (Especialidad, Maestría o Doctorado) con sede en el InGer y con certificación académica propia.</p> <p>3.4.2. Colaborar en las actividades de diseño y reestructuración de planes académicos en diferentes organizaciones educativas en carreras como medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición, etc.</p> |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---|-------------------------------|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | 3.5. Diseñar nuevos recursos educativos. | 3.5.1. Diseñar una app propia del Instituto con funciones de enseñanza y divulgación de temas sobre envejecimiento. 3.5.2. Planear el diseño de recursos educativos sobre envejecimiento saludable en la realidad virtual. |
| | | Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | | E.T.1.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de enseñanza al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal de enseñanza al Instituto. |
| | Eje Transversal 1. Igualdad de género, no discriminación e inclusión. | | | | | E.T.1.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género. | E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad a las mujeres y la comunidad LGTBTTIQ+. E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | | | | E.T.1.1.3. Tolerancia cero a la corrupción, transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal de enseñanza. E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de enseñanza respecto a estos temas. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|---|---|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 8. Economía para el bienestar. | | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud. 5. Salud y bienestar. | 2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-1. 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. | | E.T.2.1. Establecer relaciones entre el personal de enseñanza del Instituto con las otras áreas del mismo. E.T.2.2. Establecer relaciones entre el área de enseñanza y universidades. | E.T.2.1.1. Promover la participación del personal de enseñanza en el diseño e impartición de cursos en la Unidad de atención geriátrica ambulatoria. E.T.2.1.2. Promover la generación de la línea de investigación sobre educación en salud en personas mayores (health literacy in older adults) en conjunto con la Unidad de atención geriátrica y el área de investigación. E.T.2.2.1. Promover la generación de vínculos con universidades privadas y públicas en distintas carreras de la salud, con la perspectiva de envejecimiento saludable. |
| 6. Por el bien de todos, primero los pobres. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.4. Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio. | 1. Acceso efectivo, universal y gratuito. 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. 4. Vigilancia Epidemiológica. 5. Salud y bienestar. | 1.2 Servicios de salud y medicamentos gratuitos. 1.3 Programa de atención universal. 1.4 Atención especializada para población no derechohabiente. 1.5 Enfoque comunitario. 2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-1. 2.2 Sistema de referencia y contrareferencia. 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 3.3 Infraestructura y equipamiento en salud. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud. 4.4 Promoción de vida saludable 5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT. 5.4 Atención Integral en Salud Mental y Adicciones | 4. Consolidar el programa de atención geriátrica ambulatoria. | 4.1. Establecer los servicios ambulatorios de atención geriátrica, mediante el diseño e implementación de modelos y acciones basadas en evidencia que coadyuvan a la atención integral de las personas mayores. | 4.1.1. Consolidar la infraestructura física para las actividades clínico-asistenciales de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. 4.1.2. Iniciar el funcionamiento de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. 4.1.3. Impulsar el funcionamiento de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. 4.1.4. Diseñar e implementar la Unidad de Promoción del Envejecimiento Sano y Activo, a desarrollarse en el área ocupada actualmente por las instalaciones deportivas. 4.1.5. Gestionar la apertura del Programa Presupuestario E023 "Atención a la Salud". 4.1.6. Definir la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) pertinente, de acuerdo a las actividades clínico-asistenciales definidas en la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria del InGer. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|------|-----------|---------------------------------------|-------------|-------------------------------|--|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | | <p>4.1.7. Tramitar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ante la Secretaría de Salud de acuerdo a las características en la prestación del servicio de las actividades clínico-asistenciales definidas en la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria del InGer.</p> <p>4.1.8. Fortalecer el desarrollo de modelos de atención y acciones basadas en la evidencia en los tres niveles de atención. Donde prime la calidad de los servicios brindados.</p> <p>4.1.9. Definir un servicio de atención ambulatoria domiciliaria haciendo sinergia con unidades de primer nivel de atención.</p> <p>4.1.10. Definir un servicio de atención ambulatoria a distancia empleando las TICs (telemedicina).</p> <p>4.1.11. Implementar un expediente clínico electrónico que en un futuro sea compatible con el que pueda implementarse en el sector salud y vincularlo, desde el inicio, con el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud.</p> |
| | | | | | | <p>4.2. Establecer las características que la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria debe de cumplir para apegarse al modelo propuesto.</p> | <p>4.2.1. Precisar los servicios que brindará la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria a través de manuales operativos.</p> <p>4.2.2. Definir y crear los equipos multidisciplinarios que estarán dentro de la Unidad.</p> <p>4.2.3. Generar los lineamientos para el involucramiento de los familiares en la atención de salud de sus pacientes.</p> <p>4.2.4. Asegurar las habilidades de comunicación y respeto a la autonomía dentro del actuar del personal de salud de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria.</p> |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|--|------|---|---|---|-------------------------------|-------------|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. | | Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | | | 4.2.5. Desarrollar un protocolo para la seguridad del paciente en infraestructura y atención en salud dentro de la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria. |
| | | 4.2.6. Analizar la factibilidad de departamentalizar la Unidad con base en Áreas que atiendan enfermedades o síndromes específicos. | | | | | |
| | | E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal de salud al InGer. | | | | | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración de este nuevo personal de salud al Instituto. |
| | | E.T.1.2. Establecer los elementos de calidad de la atención y seguridad en el paciente en la cultura organizacional de la Unidad. | | | | | E.T.1.2.1. Desarrollar una cultura organizacional que incorpore la calidad de la atención en los servicios de salud brindados. E.T.1.2.2. Desarrollar una cultura organizacional que incorpore la seguridad en el paciente. |
| Eje Transversal 1. Igualdad de género, no discriminación e inclusión. | | Objetivo 2.4. Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio. | | | | | E.T.1.3. Definir estrategias que promuevan la equidad de género entre el personal de salud del InGer. |
| | | | | | | | E.T.1.3.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. |
| | | | | | | | E.T.1.3.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. |
| | | | | | | | E.T.1.3.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad a las mujeres y la comunidad LGBTTIQ+. |
| | | | | | | | E.T.1.3.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|---|-----------|--|--|-------------------------------|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Tránsversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | | | | E.T.1.4. Tolerancia cero a la corrupción, transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.4.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal de salud. |
| 8. Economía para el bienestar. | | | | | | E.T.1.4.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal de salud respecto a estos temas. | |
| | | | 1. Acceso efectivo, universal y gratuito. 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 1.3 Programa de atención universal. 1.5 Enfoque comunitario. 2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-1. 2.2 Sistema de referencia y contrareferencia. 2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno. 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal | | E.T.2.1. Establecer relaciones entre el personal de salud del Instituto con las otras áreas del mismo. | E.T.2.1.1. Promover la participación del personal de la salud en el diseño e impartición de cursos con el área de enseñanza a la población en general y a los pacientes. E.T.2.1.2. Instaurar la relación entre las actividades de atención geriátrica y las de enseñanza a través de la definición de programas educativos que se brindarán al personal que se va formar dentro de la Unidad. E.T.2.1.3. Instaurar la relación entre las actividades de atención geriátrica y las de enseñanza a través de la definición de programas educativos que se brindarán a los pacientes y sus familiares. E.T.2.1.4. Promover el impulso y la generación de nuevas líneas de investigación clínica, en conjunto con el área de investigación, a través de la definición de protocolos y proyectos que se puedan desarrollar dentro de la Unidad. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|---|-----------|--|---|---|--|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | E.T.2.2. Establecer relaciones entre la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria y unidades de servicios de salud. E.T.2.3. Establecer relaciones entre la Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria con diversas universidades. | E.T.2.1. Generar vínculos con unidades de primer nivel de atención. E.T.2.2. Generar vínculos con unidades de segundo nivel de atención. E.T.2.3. Generar vínculos con unidades de tercer nivel de atención. E.T.2.4. Generar vínculos con el Instituto para el Envejecimiento Digno de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la CDMX. E.T.2.3.1. Generar vínculos con universidades públicas y privadas para la recepción de alumnos de pregrado y posgrado a la Unidad de atención en salud del Instituto. |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud. | 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 3.1 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | 5. Agilizar y transparentar los procesos administrativos. | 5.1. Gestión eficiente de los recursos y el cumplimiento estricto de la normatividad. | 5.1.1. Revisar la integración de los equipos de trabajo en administración y considerar una reorganización. 5.1.2. Establecer rutas de gestión claramente definidas para cada uno de los procesos administrativos. 5.1.3. Establecer mecanismos de comunicación directos con el Órgano Interno de Control para que, con apego a los más altos estándares, se busquen siempre mejoras para la correcta operación administrativa del InGer. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---|--|--|---|---|-------------------------------|---|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| | | | | | | 5.2. Mejorar la estructura y funcionamiento de la Subdirección de Administración. | 5.2.1. Realizar un diagnóstico de la integración y operación de la Subdirección. 5.2.2. Considerar la reingeniería de algunos de los procesos. 5.2.3. Considerar la reubicación del área de gestión de proyectos de investigación en la Dirección de Investigación. 5.2.4. Considerar la reubicación de la Subdirección de Planeación, separándola de la Subdirección de Administración. 5.2.5. Considerar la reubicación del Departamento de Informática, separándolo de la Subdirección de Administración. 5.2.6. Resolver la problemática del vacío del área jurídica. |
| | | | | | | 5.3. Negociar la liberación de más plazas para las áreas sustantivas del Instituto. | 5.3.1. Negociar las plazas faltantes para el correcto funcionamiento de las áreas sustantivas del Instituto. |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | | E.T.1.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal administrativo al InGer. | E.T.1.1.1. Desarrollar actividades académicas, culturales y deportivas que faciliten la integración del personal administrativo al Instituto. |
| | Eje Transversal 1. Igualdad de género, no discriminación e inclusión. | | | | | E.T.1.1.2. Definir estrategias que promuevan la equidad de género entre el personal administrativo del InGer. | E.T.1.2.1. Identificar las barreras y obstáculos que enfrenta el personal femenino en su desarrollo laboral. E.T.1.2.2. Establecer estrategias que apoyen la equidad de género en la asignación de roles y distribución de trabajo. E.T.1.2.3. Propiciar un ambiente de respeto y seguridad a las mujeres y la comunidad LGBTTIQ+. E.T.1.2.4. Desarrollar un sistema de monitoreo constante para identificar y sancionar la violencia de género. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|--|-----------|---|--|-------------------------------|---|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | | | | E.T.1.3. Tolerancia cero a la corrupción, transparencia y rendición de cuentas dentro del Instituto. | E.T.1.3.1. Fomentar una cultura organizacional que rechace la corrupción en el manejo de recursos y el establecimiento de procesos dentro del personal administrativo. |
| | | | | | | | E.T.1.3.2. Establecer cursos y capacitaciones al personal administrativo respecto a estos temas. |
| 8. Economía para el bienestar. | | | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. | | E.T.2.1. Evidenciar las actividades administrativas en las áreas de investigación, enseñanza y atención en salud. | E.T.2.1.1. Mostrar los beneficios que las actividades administrativas confieren a las demás áreas sustantivas del Instituto, a través de la evidenciación de procesos y tareas. |
| | | | | | | | E.T.2.1.2. Dotar de autonomía al área administrativa en la toma de decisiones, con el fin de agilizar los procesos y tareas. |
| | | | | | | E.T.2.1.3. Fomentar los canales de comunicación entre las áreas sustantivas del Instituto para la toma de decisiones. | |
| | | | | | | E.T.2.2. Establecer vínculos entre la Subdirección de Administración y otras instituciones enfocadas a la administración. | E.T.2.2.1. Generar relaciones entre el área administrativa del instituto e instituciones enfocadas en la educación en administración pública, con el fin de promover la capacitación y actualización constante del personal administrativo. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---|---|---|--|---|-------------------------------|---|---|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 1. Honradez y honestidad. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud. | 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas. 3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud. | 6. Planeación estratégica. | 6.1. Planeación Institucional. | 6.1.1. Concretar propuestas de reestructuración orgánica y de infraestructura empleando las TICs. |
| | | | | | | | 6.1.2. Fortalecer la gestión institucional mediante la integración de equipos de trabajo y proponerlos al Comité Técnico de Administración y Programación (COTAP) para establecer los mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación de las estrategias propuestas en el Programa de Trabajo de la Dirección General. |
| | | | | | | | 6.1.3. Coordinar la elaboración e integración de los informes y programas de trabajo. |
| | | | | | | | 6.1.4. Evaluar y vigilar el cumplimiento de las metas institucionales y de los indicadores. |
| | | | | | | | 6.1.5. Detectar oportunamente las posibles desviaciones en los indicadores elaborados por las áreas, con el fin de definir líneas de acción que permitan al cierre del ejercicio mantener una integración razonable entre la planeación, programación y resultados reportados en la MIR, para contribuir a la transparencia y rendición de cuentas. |
| | | | | | | | 6.1.6. Coordinar el Programa de Trabajo de Control Interno y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |
| | | | | | | | 6.1.7. Proponer la adopción de políticas y de prácticas que estén relacionadas a la modernización administrativa y representen un área de oportunidad para el InGer. |
| 7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. | Eje General 2. Bienestar. | Objetivo 2.9. Promover y garantizar el derecho humano de acceso a la cultura de la población. Objetivo 2.10. Garantizar la cultura física y la práctica del deporte como medios para el desarrollo integral de las personas y la integración de las comunidades. | 3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud. | 3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal. | | E.T.1.1. Fomentar el sentido de pertenencia del personal administrativo al InGer. | E.T.1.1.1. Establecer desde la planeación un modelo de liderazgo sólido, con autoridad, empático y flexible en cada puesto de mando, para el alcance de los objetivos propuestos. |

| Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 | | | Programa Sectorial de Salud 2019-2024 | | Programa de Trabajo 2023-2027 | | |
|---------------------------------------|---|-----------|--|---|-------------------------------|--|--|
| Principios Rectores | Ejes | Objetivos | Objetivos prioritarios | Estrategias | Ejes | Estrategias | Líneas de acción |
| 8. Economía para el bienestar. | Eje Transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública. | | 2. Mejorar el Sistema Nacional de Salud. 3. Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud. | 2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social. 3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento. | | E.T.2.1. Promover la vinculación del Instituto interna y externamente. | E.T.2.1.1. Incrementar la presencia del InGer participando activamente con otras áreas de Planeación que formen parte del Sistema Nacional de Salud. E.T.2.1.2. Incrementar la presencia y participación del InGer en las agendas de instituciones u organismos públicos y privados relacionados con el envejecimiento y salud. E.T.2.1.3. Participar, en las áreas que lo requieran, como enlace de auditoría cuando el Director o Directora General lo determine. E.T.2.1.4. Reestructurar el papel del área de planeación estratégica para que funja como Prosecretario en la Junta de Gobierno. E.T.2.1.5. Reestructurar el papel del área de planeación estratégica para que coordine el Comité Técnico de Administración y Programación (COTAP). |

Patronato del InGer

El Patronato del Instituto fue un grupo impulsor de las actividades sustantivas. Pero una tarea prioritaria será reestructurarlo, verificar cuáles vocales se mantienen y presentar alternativas para el nuevo presidente. En esta etapa me interesa que el Patronato establezca como objetivo impulsar la formación de recursos humanos y el apoyo a la investigación científica para fortalecer las tres áreas: asistencia, enseñanza e investigación.

Es decir, un patronato que al fortalecer su relación de apoyo y consultoría coincida con el compromiso y la labor que el InGer tiene con la sociedad en su conjunto.

Consejo Asesor Externo

Si bien el Consejo Asesor Externo se estipula como parte de los órganos de apoyo de la Dirección General, según anota la Ley de los Institutos Nacional de Salud, el InGer no cuenta aún con la integración de este organismo. Nos daremos a la tarea de integrar e impulsar su función dentro del InGer.

El futuro del InGer para los próximos cinco años

Como se ha comentado, el envejecimiento y su relación con el proceso salud-enfermedad es y será tema de agenda política, social, económica, laboral, sanitaria, etc. Es indudable que la sociedad mexicana va a envejecer y, en algún punto en el tiempo, las personas mayores serán más en proporción que los niños y jóvenes (como está sucediendo en ciertos países de altos ingresos). A pesar de que estos cambios están sucediendo en México -lentamente-, aún tenemos un gran margen para implementar acciones que generen el mayor bienestar en las personas mayores y, por lo tanto, en la sociedad en general. Esto conlleva retos, desafíos y modificaciones a realizar dentro de la estructura social y política que actualmente tiene el país.

El Instituto Nacional de Geriátría adquiere gran relevancia y prioridad por la situación que vivimos y viviremos. Sus aportaciones han sido contundentes en la formulación de recomendaciones de política pública, creación de conocimiento, actividades de enseñanza sobre envejecimiento saludable, etc. Sin embargo, aún queda un amplio y largo camino que recorrer.

Tengo una visión muy clara de lo que puede llegar a ser el InGer en los próximos cinco años.

En primer lugar, las actividades del Instituto deben de consolidarse y mantener un proceso de mejora continua. Para ello, las actividades de investigación y enseñanza deben de irse perfeccionando, aumentando su calidad e incrementando su impacto. Además, los procesos administrativos tienen que tener mayor transparencia y ser más ágiles, generando sinergia con las demás áreas del InGer.

En segundo lugar, tiene que continuar trascendiendo. Desde la creación del Instituto se han cosechado logros tan importantes que es imposible dudar o rebatir de la relevancia que ha adquirido el InGer hasta ahora (basta con ver el papel que tuvo en la elaboración del Plan de Acción Específico en atención del Envejecimiento actual, la creación del SIESDE, la gran cantidad de conocimiento científico generado, etc.). Su objetivo más claro es transformar el SNS, dotándolo de una visión de envejecimiento saludable que termine por generar bienestar en las personas mayores. Al trabajar por cumplir esta misión, el Instituto va a evidenciar la relevancia que posee. Siendo un punto de referencia nacional e internacional en temas de envejecimiento; con actividades de consulta, asesoría y atención en salud que fomenten el envejecimiento saludable en las personas mayores.



En tercer lugar, el Instituto debe de crecer. Con la apertura de la Unidad de Atención Geriátrica incrementará el personal del InGer y, a pesar de ser un gran logro -porque salda la deuda de atención médica que tiene todo INS con la sociedad- deberemos enfrentar el reto de negociar y convencer para lograr la estructura suficiente que conduzca al Instituto a su etapa plena de consolidación. El InGer nació con restricciones presupuestarias muy importantes que tenemos que vencer paulatinamente. ¿Y cómo vamos a lograrlo? La mejor forma de hacerlo es evidenciando la importancia del Instituto dentro del SNS y de la sociedad mexicana, a través del quehacer del día a día de todo el personal del InGer.

Por lo que en estos cinco años venideros, se preservarán y mejorarán todas las actividades realizadas en el Instituto y se enfrentarán los desafíos que el proceso de envejecimiento impone sobre la sociedad mexicana.

Con esta visión, estoy segura que estos próximos cinco años se pueden resumir en:

*Preservar el legado, enfrentar los desafíos
y consolidar la Institución.*

Resumen curricular



María del Carmen García Peña

Mexicana de 66 años de edad, graduada como médico en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1981. Ejerció como médico general durante dos años y después completó su especialidad en Medicina Familiar en 1986, año en el que ingresó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como médico familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 de la Ciudad de México, periodo en el cual se desempeñó como médico familiar y fue profesor adjunto y posteriormente titular del curso de especialización en medicina familiar. En 1991, se graduó como Maestra en Ciencias Médicas (UNAM) y obtuvo el Doctorado en Salud Pública y Envejecimiento (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres) en 2001.

Trabajó durante 32 años en el IMSS en diferentes posiciones, desde médico familiar hasta Coordinadora Nacional de Atención Médica y Jefa de la Unidad Nacional de Atención Médica en la Dirección de Prestaciones Médicas. En estos dos últimos cargos impulsó el “Programa de Mejora de Medicina Familiar”. Durante los últimos siete años en el IMSS, desempeñó el cargo de Jefa de Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Área de Envejecimiento.

Actualmente ocupa el cargo de Directora de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría, está calificada como Investigadora Nacional Nivel III por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Pertenece a la Academia Nacional de Medicina de México desde el 2007 y a la Academia Mexicana de Ciencias, además es miembro Internacional de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos desde el año 2016. Ha sido tutora principal de tesis a distintos niveles y ha publicado más de 120 trabajos de investigación en revistas nacionales e internacionales. Su producción incluye además 50 capítulos de libros nacionales e internacionales y es editora o co-editora de 21 libros, entre ellos un texto para médicos residentes que va en su tercera edición “Medicina Familiar”. A la fecha cuenta con más de 2,700 citas.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2018. [Internet]. México. 2019. [Consultado: 09 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2018>
2. Zavala ME. Los antecedentes de la transición demográfica en México. *Hist Mex*. [Internet]. 1992. [Consultado: 11 Mayo 2022]. 42(1):103-28. Disponible en: <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/2244>
3. Gutiérrez LM, Gutiérrez H. Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria. 1ra Ed. México: Instituto de Geriátria; 2010.
4. Consejo Nacional de Población. Documento metodológico: Proyecciones de la población de México 2010-2050. 1ra Ed. México: CONAPO; 2012.
5. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2011. 1ra Ed. México: CONAPO; 2011.
6. Oeppen J, Vaupel J.W. Broken Limits to Life Expectancy. *Science*. [Internet]. 2002. [Consultado: 12 Junio 2022]. 296(5570):1029-31. Disponible en: <https://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/scienceMay2002.pdf>
7. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. 1ra Ed. Francia: OECD Publishing; 2016.
8. Torres LP, Villagran JP. Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. En: Gutiérrez LM, Gutiérrez J. Envejecimiento Humano: una Visión Transdisciplinaria. 1ra Ed. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2010.
9. Dirección General de Información en Salud. Registro de Defunciones 2020 (Base de Datos). Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [Internet]. México. 2020. [Consultado: 20 Junio 2022]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_defunciones_gobmx.html
10. Dirección General de Epidemiología. Anuarios de Mortalidad. SSA. [Internet]. México. 2022. [Consultado: 20 Junio 2022]. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>
11. Menendez J, Guevara A, Arcia N et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2005. [Consultado: 21 Junio 2022]. 17(5-6):353-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/353-361/es/>
12. Ávila JA, Melano E, Payette H et al. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica Mex*. [Internet]. 2007. [Consultado: 21 Junio 2022]. 49(5):367-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007
13. Mejía S, Gutiérrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. [Internet]. 2011. [Consultado: 23 Junio 2022]. 23(7):1050-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21948770/>
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). INEGI. [Internet]. México. 2018. [Consultado: 24 Junio 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/>
15. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018. INSP. [Internet]. México. 2018. [Consultado: 24 Junio 2022]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php>
16. Campos S. Cambios en la mortalidad / Cien años de mortalidad en México. *DemoS*. [Internet]. 1997. [Consultado: 01 Julio 2022]. 5(10):1-3. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/dms/article/view/6693>
17. Mino D, Gutiérrez LM, Velasco N et al. Mortality in the elderly: A socio-spatial analysis based on the degree of social deprivation. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2019. [Consultado: 03 Julio 2022]. 56(5):447-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=85073>
18. Parra L, González JM, Gómez H et al. The Burden of Disease in Mexican Older Adults: Premature Mortality Challenging a Limited-Resource Health System. *J Aging Health*. [Internet]. 2019. [Consultado: 05 Julio 2022]. 32(7-8):543-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30913945/>
19. Gutiérrez LM, Reyes G, Rocabado F et al. Evaluation of long term care institutions for the aged in the Federal District. A critical viewpoint. *Salud Pública Mex*. [Internet]. 1996. [Consultado: 09 Julio 2022]. 38(6):487-500. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9054018/>
20. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. ¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? Guías prácticas de políticas públicas. 1ra Ed. México: CONEVAL; 2018.
21. Gutiérrez LM, Jácome LD, González CB et al. Monetary cost estimation of care for functionally dependent older adults in Mexico. *J Econ Ageing*. [Internet]. 2022. [Consultado: 10 Julio 2022]. 21:100365. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212828X2100058X>
22. Ávila FM, Montaña M. Enseñanza de la Geriátria en México. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 3ra Ed. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2016.
23. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XXXVII ENARM 2013. Plazas Ofertadas para Médicos Mexicanos Civiles y Lugares Ofertados para Médicos Extranjeros. CIFRHS. [Internet]. México. 2013. [Consultado: 20 Junio 2022]. Disponible en: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2013/E37_plazas_ofer_mex_ext_2013.pdf

24. Consejo Mexicano de Geriátria. Listado de Médicos. CMG. [Internet]. México. 2022. [Consultado: 24 Julio 2022]. Disponible en: <http://consejomexicanodegeriatria.org/listado-medicos/>
25. Calixto B, Vázquez MF, Martínez R et al. Pre-existing comorbidity, the highest risk factor for poor prognosis of COVID-19 among the Mexican population. *Nova Scientia*. [Internet]. 2021. [Consultado: 19 Julio 2022]. 13(1). Disponible en: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/article/view/2823>
26. Instituto Nacional de Geriátria. Memoria institucional del Instituto Nacional de Geriátria, 2009-2021. 1ra Ed. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2022.
27. Instituto Nacional de Geriátria. Primera Sesión Ordinaria. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2022.
28. INEGI. Nota Técnica ENIGH 2020. [Internet]. INEGI. [Consultado: 22 Julio 2022]. 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>
29. Naciones Unidas. Pese a los obstáculos de la desigualdad de género, las mujeres y niñas brillan en la ciencia. [Internet]. Naciones Unidas. [Consultado: 22 Julio 2022]. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487952>
30. Bello A, Blowers T, Schneegans S, et al. To be smart, the digital revolution will need to be inclusive: excerpt from the UNESCO science report. Francia: UNESCO; 2021.
31. Delgado S. Dialogan científicas sobre la equidad de género en ciencia. [Internet]. Gaceta UNAM. [Consultado: 22 Julio 2022]. 2020. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/dialogan-cientificas-sobre-la-equidad-de-genero-en-ciencia/>
32. Moreno LMA, Quezada H, Guevara ES et al. Las relaciones de género y maltrato en las escuelas de medicina: una agenda pendiente en México y en el mundo. [Internet]. Gaceta Médica México. [Consultado: 22 Julio 2022]. 2016. 152:812-8. Disponible en: <https://charlasgenero.colmex.mx/wp-content/uploads/2019/09/GENERO-Y-MALTRATO-EN-ESCUELAS-DE-MEDICINA.pdf>
33. Castro R. Violencia en la práctica médica en México. [Internet]. Estudios Sociológicos. [Consultado: 22 Julio 2022]. 2018. 118:539-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/es/v36n108/2448-6442-es-36-108-539.pdf>
34. Palomar P. Investigaciones de género sobre la relación médico-paciente. [Internet]. Filanderas. Revista Interdisciplinaria de Estudios Feministas. 2020. [Consultado: 22 Julio 2022]. 5:101-121. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7710738>
35. Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet*. [Internet]. 2014. [Consultado: 04 Julio 2022]. 383(9912):166-175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697939/>
36. Mcleod MR, Michie S, Roberts I et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. [Internet]. 2014. [Consultado: 04 Julio 2022]. 383(9912):101-104. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62329-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62329-6/fulltext)
37. Hernández F, Campillo M, Sánchez M. Investigación traslacional en ciencias de la salud: implicaciones educativas y retos. *Inv Ed Med*. [Internet]. 2018. [Consultado: 20 Julio 2022]. 7(28). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000400085
38. Calderón MG, Navor NP. Investigación traslacional en un instituto nacional de salud en México. Áreas de oportunidad en la gestión del conocimiento. *Lumina*. [Internet]. 2021. [Consultado: 21 Julio 2022]. 22(1). Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/Lumina/article/view/4071>
39. UNESCO sf. How much does your country invest in R&D? 2021. [Internet]. UNESCO. [Consultado: 21 Julio 2022]. 2021. Disponible en: <http://uis.unesco.org/apps/visualisations/research-and-development-spending/>
40. González P, Luna V. La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Inv Ed Med*. [Internet]. 2019. [Consultado: 25 Julio 2022]. 8(30). Disponible en: <http://www.riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/70>
41. Rodríguez R, Lazcano GA, Medina H et al. Práctica de la Geriátria. 3ra Ed. México: McGraw Hill; 2011.
42. Durán L, García C, García LA et al. Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos. En: Gutiérrez LM, Kershenobich D. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. 3ra Ed. México: Instituto Nacional de Geriátria; 2016.
43. Fulmer T, Reuben DB, Auerbach J, et al. Actualizing better health and health care for older adults. *Health Affairs*. [Internet]. 2021. [Consultado: 27 Julio 2022]. 40(2). 219-25. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.01470>
44. Aibar C, Aranaz JM. La comunicación del riesgo: compartiendo decisiones con los pacientes. [Internet]. España. 2016. [Consultado: 25 Julio 2022]. Disponible en: <https://fdocuments.mx/amp/document/la-comunicacion-del-riesgo-compartiendo-decisiones-con-los-pacientes.html>
45. Hillgaard M, Söderqvist T. Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*. [Internet]. 2014. [Consultado: 29 Julio 2022]. 31,(2014):139-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25456631/>
46. Fernández M, Solano JJ. Niveles asistenciales en geriatría. En: Alcocer A. *Tratado de Geriátria para residentes*. 1ra Ed. España: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología; 2006.
47. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Atención al Envejecimiento. 2020-2024. México: SSA; 2021.
48. Vidán M. Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2010. [Consultado: 01 Agosto 2022]. 45(6):311-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-investigacion-sobre-modelos-asistenciales-geriatria-S0211139X10001605>
49. Tan EC, Sluggett JK, Johnell K et al. Research priorities for optimizing geriatric pharmacotherapy: an international consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*. [Internet]. 2018. [Consultado: 19 Julio 2022]. 19(3):193-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861017306801>
50. Faes M, Van Iersel M, Rikkert MO. Methodological issues in geriatric research. *Journal of Nutrition Health and Aging*. [Internet]. 2007. [Consultado: 19 Julio 2022]. 11(3):254-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6324553_Methodological_issues_in_geriatric_research