

Instituto de Geriatria

Memoria Institucional

2007-2009





## Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
*Secretario de Salud*

Dr. Julio Sotelo Morales  
*Titular de la Comisión Coordinadora  
de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad*



**Instituto de Geriátría**  
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

## Consejo Interno

---

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Presidente**

Dr. Julio Sotelo Morales  
**Vicepresidente**

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
**Secretario Técnico**

Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez  
**Asesor**

### **Vocales**

Dr. José Javier Osorio Salcido

Dra. Gabriela Villarreal Levy

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Dr. Carlos Pedro Santos Burgoa Zarnacki

Mtro. Fernando Javier Chacón Sosa

Dr. Raúl Contreras Bustamante

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg



Instituto de Geriatría

Memoria Institucional  
2007-2009

México  
Secretaría de Salud  
2009



Dra. Flor Ávila Fematt  
*Dirección de Enseñanza  
y Divulgación*

Elizabeth Caro López  
Sandra Luna Pérez  
*Coordinación editorial*

Primera edición, 2009  
Derechos reservados de esta edición:  
© Instituto de Geriatria

ISBN 978-607-460-083-4

Impreso y hecho en México  
por Graphimedic S.A. de C.V.  
Julio de 2009  
Tels. 8589-8527 al 32  
Distribución gratuita







## Mensaje del C. Secretario de Salud

---

El México de los primeros años del siglo XXI se encuentra inmerso en las transformaciones demográficas y epidemiológicas del entorno global, las cuales implican tanto amenazas como oportunidades en materia de salud. Durante los últimos años hemos sido testigos de los progresos en la lucha contra las enfermedades, de la consolidación de las instituciones y del desarrollo económico de nuestro país, lo que ha permitido aumentar la esperanza de vida de la población.

Nuestro sistema de salud posee hoy grandes fortalezas, pero también algunas debilidades para cumplir exitosamente su cometido. Sin haberse resuelto los problemas del rezago, la población enfrenta ya nuevos riesgos y problemas de salud emergentes, que resultan, en parte, del envejecimiento poblacional y sus consecuencias sobre la salud.

El envejecimiento de la población mexicana entraña grandes retos para el Sistema Nacional de Salud. El peso relativo creciente de la enfermedad crónica, así como su potencial como generadora de discapacidad, se acrecientan con el envejecimiento de la población y seguirán aumentando si no intervinimos oportuna y eficazmente para atenuar su incremento.

La idea de crear un Instituto de Geriátrica dedicado a la investigación y formación de recursos humanos en este ámbito responde a tal preocupación.

A la luz de los compromisos asumidos por la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, y para dar respuesta a los desafíos que enfrenta nuestro sistema de salud, se ha formulado, con la participación de todas las instituciones del sector y de la sociedad civil, el plan para el desarrollo de este Instituto, en concordancia con lo que claramente traza el Plan Nacional de Desarrollo.

Tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se han identificado los ejes rectores que guiarán los esfuerzos del Instituto dentro del Sector Salud para dar cabal respuesta a las necesidades de la población de adultos mayores en México:

- Dar énfasis a la promoción del envejecimiento sano y activo;
- contribuir a través de la formación de recursos humanos especializados a brindar una atención de calidad, con calidez y seguridad a toda la población, y, por último,
- participar, a través de la investigación, en el desarrollo de modelos para el fortalecimiento de la infraestructura asistencial, para ofrecer a los adultos mayores una atención efectiva.

Esta Memoria refleja la intensa labor desarrollada por un amplio grupo de profesionales expertos en el área del envejecimiento, y que es además representativo de nuestras instituciones y de la sociedad civil. El grupo convocado y conducido bajo la égida de la CCINSHAE consiguió no sólo reunir elementos de análisis para sustentar la propuesta de crear el decimotercero de los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto de Geriátría, sino también proponer un modelo para su desarrollo organizacional, así como las bases para la planeación estratégica que se expresan en esta publicación.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Secretario de Salud



## Mensaje del Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

---

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja. Estas enfermedades conllevan un doble costo social: incrementan, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años y, por el otro, hacen aún mayor el costo de su tratamiento.

Esto hace necesario avanzar en la comprensión de los determinantes de la salud del adulto mayor y en el desarrollo de modelos asistenciales y de promoción innovadores que contribuyan a mejorar también la esperanza de vida en salud para este sector de la población.

El Instituto de Geriátría, cuya primera Memoria Institucional presentamos ahora, habrá de contribuir a este noble propósito.

La memoria en cuestión constituye el relato de los distintos momentos que atravesó el proceso de creación del Instituto de Geriátría en el seno de esta Comisión. El proceso se describe desde su primera fase, encabezada por el Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, Director de los Institutos Nacionales de Salud que a través de la puesta en marcha y conducción de un grupo *ad hoc* evaluó su factibilidad, hasta el desarrollo de la planeación estratégica y la constitución del primer grupo de trabajo formal para su operacionalización y puesta en marcha, a cargo del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo.

El Sistema Nacional de Salud se fortalece a través de acciones como ésta, puesto que lo hace, sobre todo, en el seno de las instituciones que construye.

Es nuestra responsabilidad el desarrollar y fortalecer una nueva cultura del envejecimiento que promueva la salud y enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades; tal es la vocación de esta Institución.

De ser así, lograremos que las nuevas generaciones de mexicanos de mayor edad gocen de mejores condiciones de salud en general y se enfrenten a menores cargas de enfermedad y discapacidad.

Abrigo la convicción de que, siguiendo el ejemplo del firme compromiso y la entrega que caracteriza a nuestras instituciones y a las personas que las integran, el Instituto de Geriátría será capaz de contribuir a realizar la tarea de proteger la salud de los adultos mayores mexicanos, capitalizando nuestras fortalezas y mostrándose a la altura para afrontar los grandes retos que el envejecimiento de la población le plantea.

Dr. Julio Sotelo Morales



# Índice

---

<b>Mensaje del C. Secretario de Salud</b>	9
<b>Mensaje del Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	11
<b>Presentación</b>	15
<b>Introducción</b>	17
<b>Capítulo 1.</b> El envejecimiento de la población y la situación de la salud en México	19
<b>Capítulo 2.</b> Necesidad de una Institución especializada en envejecimiento y salud	35
<b>Capítulo 3.</b> Proyección del Instituto de Geriátría	47
<b>Anexo 1.</b> Grupo de Trabajo <i>Ad Hoc</i> para el estudio de factibilidad de la creación del Instituto Nacional del Envejecimiento y la Salud	60
<b>Anexo 2.</b> Grupo de Trabajo Administrativo	61





## Presentación

---

La geriatría académica mexicana busca reorganizarse. Los médicos geriatras quieren cambiar de vida y tratan de enfrentar la doble dificultad de ser a la vez científicos y humanistas. Sin duda, no se atreven a decirlo, pero desearían tener a su alcance más y mejores recursos para la atención de los adultos mayores; el Instituto de Geriátría les ofrecerá esta posibilidad.

La prevención es un tema fundamental, si bien, por desgracia, aún de alcances limitados en lo referente a las enfermedades ligadas al envejecimiento. He aquí una oportunidad para fortalecer una política de Estado dirigida a la promoción del envejecimiento sano y activo, buscando los mecanismos para dar acceso a un entorno favorable para el desarrollo, a la actividad física, a una alimentación de calidad y a los medios para el tratamiento oportuno de las afecciones ligadas, entre otras, al síndrome metabólico, que tanto comprometen la funcionalidad y la calidad de vida de los mexicanos al avanzar en edad. El Instituto de Geriátría será la punta de lanza para esta política. Política que responde a la gran demanda médico-social que ya se percibe y que no hará sino multiplicarse en los tiempos por venir. Nos unimos a quienes persiguen la justicia y la equidad en el acceso universal a la salud y queremos contribuir a asegurar que tal justicia y equidad se mantengan a lo largo del curso de la existencia, y permanezcan vigentes en los momentos de mayor necesidad.

Encontramos que aquellos que trabajan en el día a día con los pacientes de mayor edad, crónicamente enfermos y dependientes, no son suficientes, ni están suficientemente capacitados, ni tienen perspectivas de desarrollo profesional para contribuir con su mejor esfuerzo al bienestar de estos mexicanos. Hay una enorme necesidad de cursos de especialización y formación permanente para responder cabalmente a las necesidades de estas personas; el Instituto llenará este vacío.

Tenemos, pues, un gran reto frente a nosotros. Un reto que exige compromiso, conocimiento técnico altamente especializado y generosidad. Generosidad tanto de parte de nuestro grupo de trabajo, como de las familias y del Estado para enfrentar el reto del envejecimiento poblacional y de la dependencia funcional que le va aparejada en las condiciones actuales. Sin esta generosidad, no podremos satisfacer las necesidades de nuestros adultos mayores presentes y de aquéllos por venir.

Mientras más acciones de impacto poblacional se desprendan de la creación del Instituto en los próximos años, mayor será mi satisfacción y la de los colegas y amigos que contribuyeron al desarrollo del proyecto. Pero no una satisfacción fácil y suficiente, sino la que se desprende de la esperanza de poder servir más y mejor a dar solución a las necesidades ya manifiestas de la población que envejece en nuestro país.

*Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo*





## Introducción

---

El Instituto de Geriátría nace como resultado del trabajo intenso, profesional y comprometido de destacados especialistas en respuesta a un reto específico: el proceso de envejecimiento de la población mexicana. El camino recorrido hasta su creación queda registrado en esta Memoria Institucional, misma que se basa sustancialmente en el *Reporte Técnico del Grupo Ad Hoc*, sobre el que se abundará en las páginas siguientes.

El primer capítulo expone el proceso de envejecimiento de la población, así como la situación de la salud en México. Posteriormente, se aborda la necesidad de una institución especializada para hacerle frente al desafío planteado por dicho proceso. Finalmente, un tercer capítulo enuncia hacia dónde se proyecta el Instituto de Geriátría.

Los avances en las ciencias médicas y el mejoramiento de las condiciones de vida, entre otros factores, han causado un impacto significativo en la estructura de la población debido al descenso de la fecundidad, de la mortalidad infantil y al aumento en la esperanza de vida. México se encuentra en un proceso paulatino de envejecimiento que se manifiesta en el aumento de la edad mediana de la población y en el número y la proporción relativa de los mayores de 60 años, cuya tasa de crecimiento manifiesta ritmos muy superiores a los de la población en su conjunto. En el Censo Nacional de Población de 2005 los mayores de 60 años representaban 7.7% de la población, con cerca de 8.2 millones de personas; para 2020 constituirán una octava parte del total con poco más de 15 millones y para 2040 uno de cada cuatro mexicanos se ubicará en este grupo de edad.

En las décadas por venir, México tendrá una población paulatinamente más vieja, semejante a la que se observa en países desarrollados; pero en condiciones sociales, económicas, culturales y epidemiológicas distintas, que harán del envejecimiento un reto significativo en la agenda política y económica del país. Si bien existe la ventana de oportunidad que brinda el bono demográfico que determinará en las primeras décadas del siglo XXI una importante proporción de la población en edad laboral, habrá después una carga económica creciente de la población retirada sobre la que se mantenga laborando. También habrá una ligera pero significativa proporción mayor de mujeres que de hombres; la población estará más concentrada en los núcleos urbanos, posiblemente con una mayor desigualdad económica; además, la pobreza seguirá, inde-

fectiblemente, aminorando los efectos de los progresos económicos que se puedan lograr; y, en forma señalada, con mayores riesgos respecto a las enfermedades crónicas y las resultantes de la violencia en general. En este contexto, el envejecimiento será uno de los mayores retos del país durante el siglo XXI.

Si bien el sistema de salud y el sistema social han generado capacidades institucionales para atender los padecimientos y la salud de los ancianos, éstas no son, ni serán suficientes. Sólo algunos de los institutos nacionales de salud y ciertos centros hospitalarios de la seguridad social cuentan con servicios de geriatría adecuados para atender la demanda. La geriatría no es una especialidad que sea suficientemente demandada en el examen nacional de aspirantes a residencias médicas, no hay plazas laborales suficientes para los servicios de geriatría y los costos de las intervenciones en padecimientos vinculados al proceso de envejecimiento van en aumento.

Parar lograr un proceso de envejecimiento exitoso —es decir, activo y saludable—, se requiere ampliar la atención de servicios de salud correspondientes, así como contar con un instituto nacional de salud que promueva la investigación sobre este proceso, formas innovadoras de aplicación y difusión de los conocimientos generados y modalidades para desarrollar recursos humanos y servicios especializados por parte de las instituciones públicas de salud, las organizaciones de la sociedad civil, la comunidad y las familias.

Con este antecedente, se propuso la creación de un instituto especializado en el proceso de envejecimiento y la salud inherente, que permitiera establecer y coordinar un conjunto importante de líneas de investigación, muchas de ellas dispersas en la actualidad. Estos conocimientos serían el sustento de acciones de enseñanza encaminadas a la formación de especialistas en las diferentes áreas de la salud y a la orientación de las familias, y de ese modo generar la capacidad nacional para atender en forma integral la salud del anciano.

El Instituto de Geriátría se conformó como centro de referencia para la investigación de varias líneas, desde cómo proporcionar la mejor atención médica en materia de envejecimiento, hasta la manera de proponer políticas públicas para un envejecimiento activo y saludable, no sólo en México sino en el ámbito latinoamericano. Su labor tendrá un impacto positivo en la salud y la calidad de vida de los ancianos mediante las vinculaciones que establezca con los otros institutos nacionales de salud que atienden a este sector en sus distintas especialidades, con las instituciones de seguridad social federales y estatales, con los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Hospitales de Referencia, así como con instituciones públicas y de la asistencia social, cuyo foco de atención son las personas mayores de 60 años. Sin duda, el Instituto de Geriátría es un elemento esencial para aportar lineamientos, procedimientos y recursos humanos a dichas instituciones y organizaciones.



# Capítulo 1.

## El envejecimiento de la población y la situación de salud en México

---

México ha experimentado transiciones en diversas esferas durante los pasados 75 años: económica, social, política, urbana, epidemiológica y demográfica, entre otras.

Las transiciones epidemiológica y demográfica están estrechamente enlazadas, especialmente en relación con el proceso de envejecimiento. La primera alude al paso de una situación donde prevalece la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias a un escenario donde las afecciones crónicas y degenerativas son dominantes. La transición demográfica, por su parte, se refiere al tránsito de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control hacia otro de niveles bajos y controlados. Los fenómenos demográficos (natalidad, mortalidad y migración) de diversas épocas han contribuido y seguirán contribuyendo al rápido crecimiento de los adultos mayores en nuestro país.

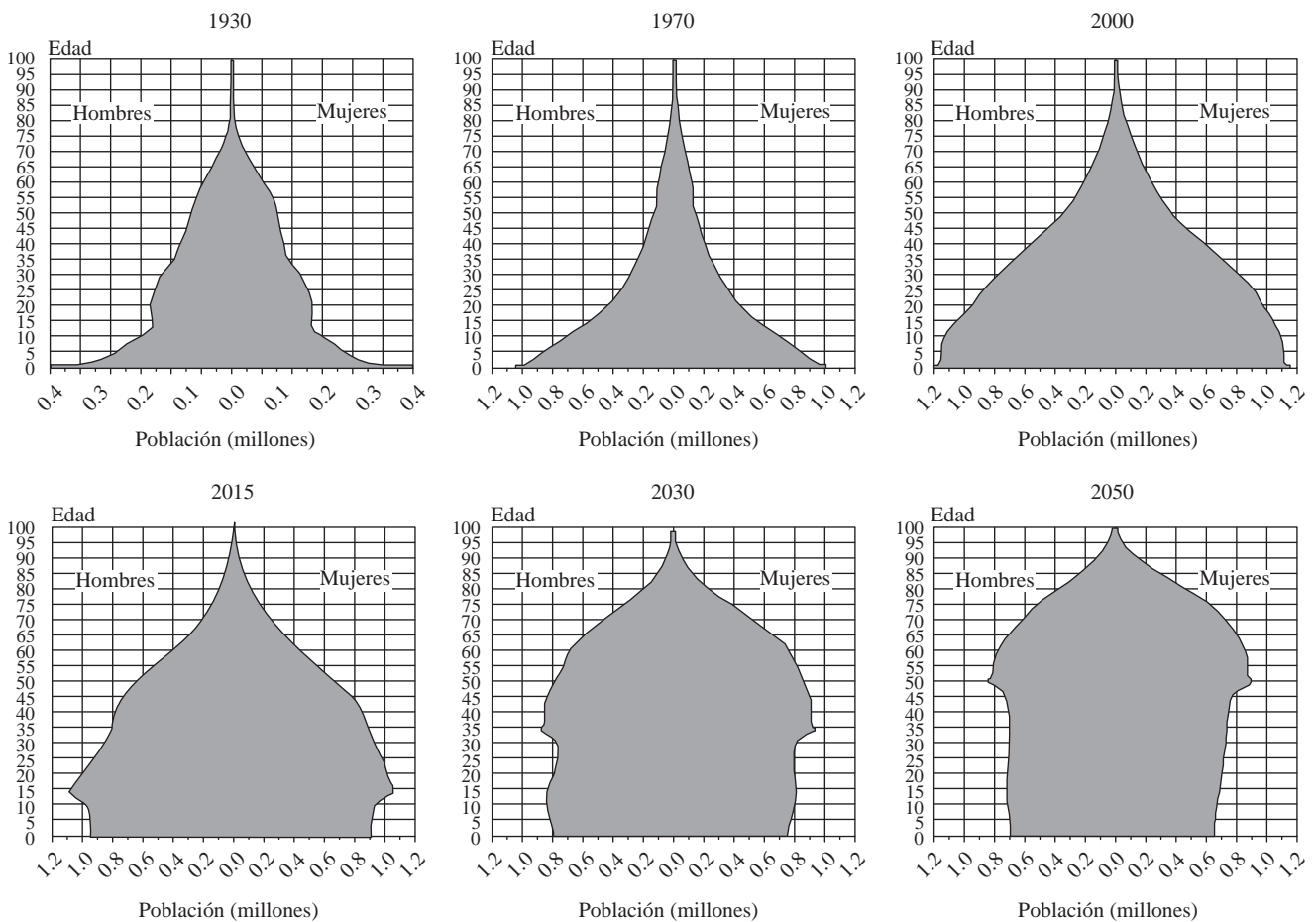
Las transiciones epidemiológica y demográfica en los países en vías de desarrollo, como México, ocurren en forma más rápida que en las regiones más desarrolladas. En la fase final de la transición demográfica, que se espera transcurra durante la primera mitad del siglo XXI, la composición etaria de la población experimentará dos cambios tan marcados como disímiles: primero, la población en edades laborales crecerá rápidamente; y más tar-

de, serán los adultos mayores quienes aumentarán de una manera significativa, para alcanzar, hacia 2050, proporciones similares de envejecimiento a las esperadas para los países desarrollados.

### La transición demográfica

Las diferentes fases de la transición demográfica se reflejan en la estructura por edad de la población mexicana (*Figura 1*). La población se beneficia del avance médico y la expansión de los servicios de salud, lo cual alarga su supervivencia; por otro lado, las personas aprueban los beneficios de una descendencia menor y paulatinamente hacen de la anticoncepción moderna una práctica cotidiana. La reducción originada en la creciente emigración internacional –concentrada en la juventud y adultez joven (15 a 39 años)– acentúa la participación de niños, adolescentes, adultos maduros y adultos mayores en el total de la población.

Las proyecciones demográficas vigentes indican que este proceso se recrudecerá en las primeras décadas del siglo. La contracción de la pirámide será cada vez más notoria, no sólo en términos relativos sino incluso en absolutos; la inercia del rápido crecimiento del pasado se hará evidente primero en las edades laborales (15-64 años) y después en la senectud (65 años o más).



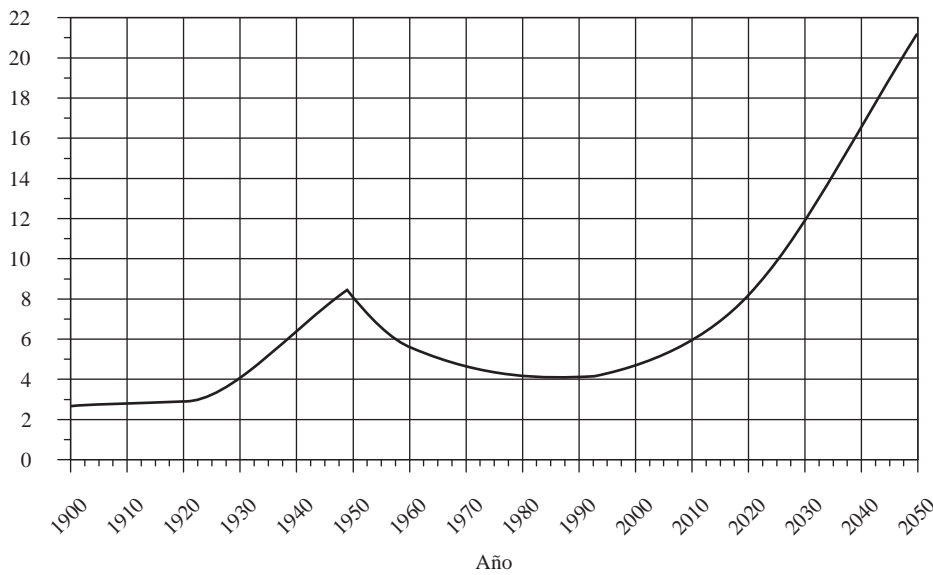
Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

**Figura 1.** Pirámides de edades para años seleccionados, 1930-2050.

La población en edades productivas aumentará casi 32.0% de 2000 a 2020, 1.8% en los tres lustros siguientes y disminuirá en 6.8% en los últimos tres. Los adultos mayores, en cambio, se mantendrán en continuo crecimiento: 103.1, 86.4 y 49 por ciento respectivamente. Más aún, del incremento global de 23.9 millones entre inicios de 2000 y fines de 2051, 21.6 millones (90%) se concentrarán en la tercera edad.

La aceleración del envejecimiento de la población mexicana en el presente siglo se advierte, asimismo, en el aumento de la proporción que las

personas de 65 años o más representan del total: de 4.7% en 2000 a 8.1% en 2020, 14.2% en 2035 y 21.2% en 2050 (Figura 2). De acuerdo con la revisión de 2006 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo aumentó de 9.1% en 1975 a 26.1% en 2050. Así, el proceso que a los países más avanzados les consumirá 75 años (incrementar la proporción en casi 17 puntos porcentuales), a México le tomará sólo medio siglo.



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, marzo de 2007.

**Figura 2.** Proporción de la población mayor de 65 respecto al total nacional, 1900-2050.

La población de 65 años o más de edad se habrá incrementado en 21.6 millones al pasar de 4.5 millones a inicios de 2000 a 26.1 millones a fines de 2051. Cabe destacar que si bien la minoración del riesgo de morir repercute en una proporción cada vez mayor de personas que llegan a la senectud y promueve el envejecimiento, el papel de la natalidad del siglo XXI será más decisivo en el incremento de los adultos mayores: la conducta reproductiva (13.0 millones) aportará casi 50% más que el abatimiento de la mortalidad (9.0 millones).

### La transición epidemiológica

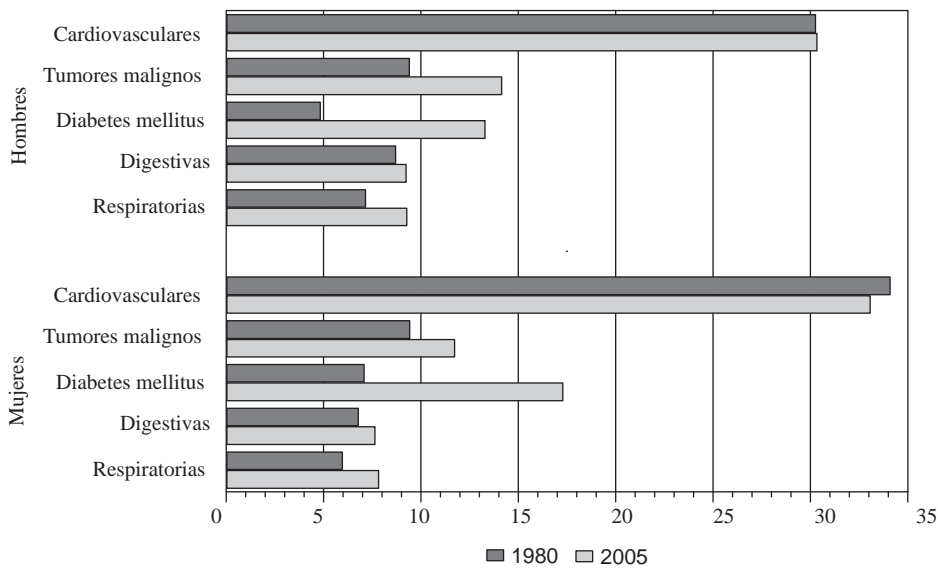
Una rápida y sostenida disminución de la mortalidad ha tenido lugar desde los años treinta. En 1930, la esperanza de vida al nacimiento ascendía a 36.9 años, mientras que en 2005 era de 74.6 años.

La expansión de los servicios educativos, la infraestructura sanitaria y la utilización de medicamentos cada vez más eficaces contra las enferme-

dades, así como la extensión de los servicios de salud, se encuentran entre los principales determinantes de este fuerte descenso de más de la mitad (59.9%) en la probabilidad media de fallecer. La siguiente reducción a la mitad, sin embargo, requirió de seis lustros (de 1960 a 1990) y la esperanza de vida se incrementó anualmente, en promedio, en apenas cinco meses.

La transición epidemiológica en los países desarrollados se ha caracterizado por una gradual sustitución de las muertes por causas evitables (a bajo costo) hacia un patrón en donde prevalecen las enfermedades no evitables (aun a alto costo), con un constante incremento de los accidentes de tráfico y muertes violentas asociados al crecimiento de las grandes urbes.<sup>1</sup>

Los adultos mayores en México mueren principalmente de enfermedades crónicas y degenerativas. En 2005 casi 85% de los decesos de ambos sexos se originaron en esas afecciones. Las causas de muerte más frecuentes en la senectud son las enfermedades cardiovasculares, ya que ocasiona-



**Figura 3.** Principales causas de muerte en adultos mayores, 1980-2005.

Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, marzo de 2007.

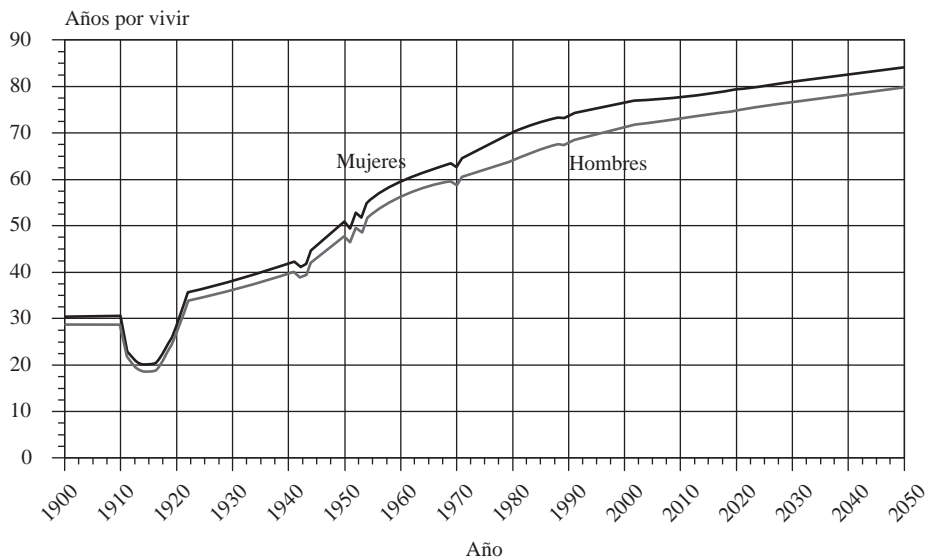
ron más de 30% de los decesos en 2005 tanto en hombres (30.4%) como en mujeres (33.1%), seguidas de la diabetes mellitus (13.3% en hombres y 17.3% en mujeres), los tumores malignos (14.2 y 11.8%), las enfermedades respiratorias (9.3 y 7.9%) y las enfermedades digestivas (9.3 y 7.7%), según se advierte en la *figura 3*.

Si bien la mortalidad por enfermedades cardiovasculares predomina en la tercera edad, su incidencia muestra un notable descenso de 1995 (18.1 por mil en ambos sexos) a 2005. La crecien-

te participación de los tumores malignos y la diabetes mellitus en el total de decesos en la vejez, por su parte, se ha traducido en un importante aumento en las tasas de mortalidad por esos padecimientos, más marcado en la diabetes.

La minoración en el ritmo de descenso de la mortalidad general en el periodo 2000-2005 es bastante clara y más marcada en las mujeres. La vida media de los mexicanos ascendió de 73.9 años en 2000 (71.3 para hombres y 76.5 para mujeres) a 74.6 años en 2005 (72.2 y 77.0, res-

<sup>1</sup> La clasificación de las enfermedades utilizada aquí retoma la carga global de la enfermedad (GBD por las siglas en inglés de Global Burden of Disease), propuesta hecha por C. Murray y A. López, "Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study", The Lancet, 12 de julio de 1997, en la cual se agrupan las enfermedades en tres grandes grupos de causas. Esta clasificación responde al criterio de cuáles acciones de salud son necesarias para evitar o reducir cada grupo de enfermedades. Así, por ejemplo, para evitar el grupo de enfermedades infecto-contagiosas, además de las maternas y perinatales, se requiere de acceso a los servicios de atención primaria en salud y otras medidas de salud pública. Para evitar, eliminar o disminuir el segundo grupo de enfermedades (que incluye todas las crónico-degenerativas), se requiere acceso al segundo nivel de atención y promoción de programas para reducir factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, consumo de sal, colesterol, falta de ejercicio, etcétera. El grupo de los accidentes tendría que hacer hincapié en los aspectos de reglamentación, como límites de velocidad, uso de cinturón de seguridad, permiso para portar armas, entre otros.



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, marzo de 2007.

**Figura 4.** Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1900-2050.

pectivamente). La tendencia de la vida media masculina a partir de 65 años ha sido creciente, pero con un marcado freno a partir de 2003, según se aprecia en la *figura 4*.<sup>2</sup>

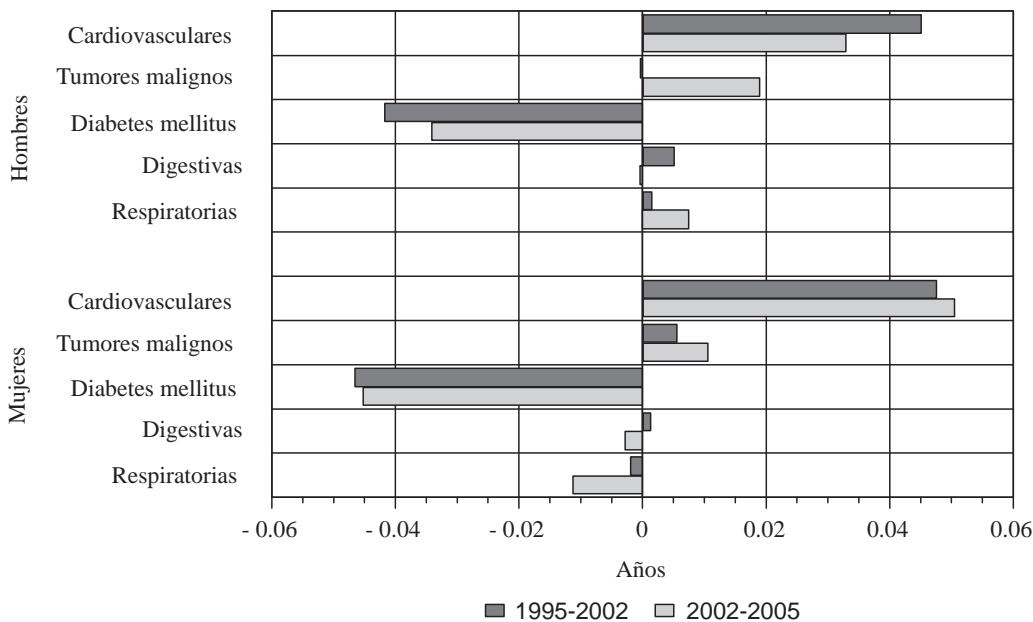
En los últimos tres lustros, la prevención de afecciones cardiovasculares ha aportado el incremento más sustantivo a la esperanza de vida a los 65 años, de 0.4 años por cada año calendario en hombres y 0.5 en mujeres; el aumento de la incidencia de la diabetes mellitus (también de 0.4 y 0.5 años, respectivamente) ha contrarrestado tal acrecentamiento. Si bien el abatimiento de los tumores malignos en ambos sexos ha significado un aumento en la vida media restante a los 65 años (mayor en los varones), es en las tendencias en la mortalidad por enfermedades respiratorias –alza en mujeres y baja en hombres– donde se finca la diferencia en la evolución de la esperanza de vida a los 65 años entre ambos sexos, como se puede ver en la *figura 5*, donde en el periodo de

diez años se destacan los patrones antes y después de 2002, es decir, una vez que la vida media femenina a los 65 años quedó inalterada.

Los mínimos avances en la reducción de la mortalidad en la senectud en años recientes llevaron a un grupo de expertos en salud pública a concluir que esto se deriva de la falta de orientación de los servicios de salud hacia las demandas específicas de los adultos mayores, que es difícil revertir esa tendencia en el mediano plazo y que es factible, al menos en los próximos años, que el riesgo de morir en la vejez se quede estancado.

De acuerdo con las proyecciones recientes del Conapo (2006), la esperanza de vida aumentaría de 74.6 años en 2005 (72.2 para los hombres y 77.0 para las mujeres) a 75.4 (73.1 y 77.8) en 2010; 78.8 (76.6 y 81.0) en 2030 y, finalmente, a 81.9 años (79.9 y 83.9) en 2050; es decir, que la vida media en México al final de la proyección será similar a la observada recientemente en Ja-

<sup>2</sup> 16.44 años en 2000, 16.53 en 2001, 16.61 en 2002, 16.67 en 2003, 16.71 en 2004 y 16.74 en 2005.



**Figura 5.** Contribución media anual a la ganancia en la esperanza de vida del descenso de la mortalidad por grupos de causa y sexo, 1995-2005.

pón (78.5 para los hombres y 85.5 para las mujeres en 2005), el país que registra el nivel más bajo de mortalidad en la actualidad en el mundo.

### Envejecimiento y salud

El envejecimiento progresivo de la población es uno de los procesos más destacados que están ocurriendo en todas las sociedades del mundo. En ello, las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX han influido en forma importante.

La población de ancianos se ha incrementado en forma gradual en los países desarrollados como resultado de los avances tecnológicos y la aplicación de nuevas técnicas diagnósticas, terapéuticas y de prevención. El fenómeno del envejecimien-

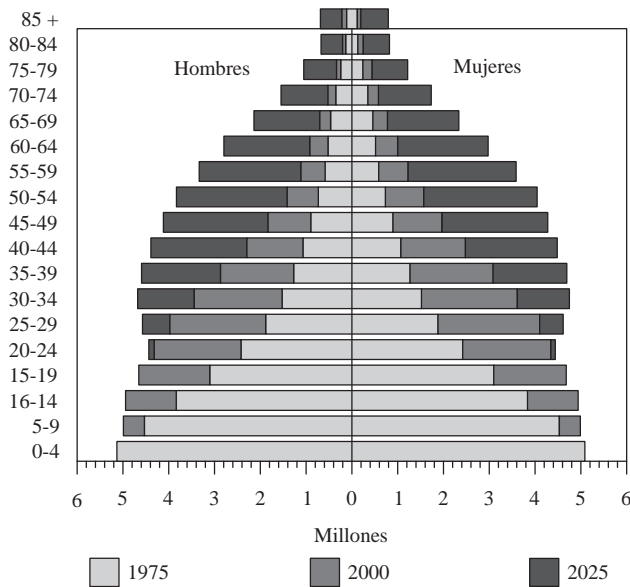
to se agudiza más porque, al lado del aumento de esperanza de vida, se ha producido una caída significativa en la natalidad y un aumento de la emigración de la población joven en muchos países, México entre ellos.<sup>3</sup>

En los países en desarrollo, el envejecimiento poblacional es un proceso inevitable e ineludible que, sin embargo, se presenta a pesar de condiciones generales de vida inadecuadas. En México, el avance progresivo hacia el envejecimiento poblacional se ilustra en la pirámide poblacional entre 1975 y 2025 (Figura 6).

El número de personas de más de 60 años en México, según datos del Consejo Nacional de Población, se ha multiplicado diez veces desde 1940. En 2005 había cinco millones de personas

<sup>3</sup> Zvonko Kusi, "El envejecimiento poblacional: Situación actual y proyecciones. El caso de Croacia"; Zhengguo Wang, "El envejecimiento poblacional: Situación actual y proyecciones. El caso de China"; Verónica Montes de Oca, "Envejecimiento rural en México: deuda social y reto de un sistema de protección social", todos los artículos en Envejecimiento de la Población, Academia Nacional de Medicina, Foro Interacadémico en problemas de salud global, 2-3 de octubre de 2006.





**Figura 6.** Pirámide poblacional México 1975, 2000, 2025 (Conapo).

de 65 años o más, de los casi 105 millones, lo que representa cerca de 5.2% de la población.<sup>4</sup> Las proyecciones demográficas estiman que ese grupo de población significará uno de cada doce en 2020, uno de cada ocho diez años después y uno de cada cinco hacia la mitad del siglo XXI.

La carga social del envejecimiento será importante en el impacto en la demanda de servicios de salud al concentrarse las patologías en padecimientos crónico-degenerativos. Las tres principa-

les causas de muerte que afectaron en 2000 a este grupo fueron enfermedades cardiovasculares, neoplasias y diabetes mellitus.<sup>5</sup>

Una cantidad creciente de personas que alcanza una edad avanzada lo hace en razón de mejoras de la medicina preventiva y de la tecnología médica. Sin embargo, en el envejecimiento se presenta un aumento de la vulnerabilidad, es decir, una reducción de los mecanismos de reserva del organismo, por lo que su longevidad va acompañada de un incremento en la incidencia y duración de enfermedades crónicas, aunado al crecimiento de la dependencia social y la fragilidad financiera de los esquemas de pensiones, situación que lleva a un aumento progresivo de los gastos sociales y sanitarios. Por eso se prevé un incremento sustancial y progresivo de las necesidades asistenciales de los más longevos.<sup>6</sup>

En el ámbito internacional destaca la visión planteada por un documento de la ONU, sobre las nueve tendencias principales del envejecimiento global:<sup>7</sup>

1. *Una población envejecida.* Por primera vez en la historia, las personas de 65 años y más excederán el número de niños por debajo de 5 años: cerca de 500 millones de personas del primer grupo, lo que representa 8% de la población total mundial.

<sup>4</sup> "Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo XXI: Encarar el envejecimiento poblacional" en La situación demográfica de México 2006, México, Consejo Nacional de Población, 2006.

<sup>5</sup> Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI, México, Conapo, 2005.

<sup>6</sup> Enrique Vega García, "Calidad de vida en la vejez: La promoción de estilos de vida saludables"; Ivonne Becerra Laparra, "Modelos de atención especializada: Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)"; Luis Durán Arenas, "Derechohabiciencia y gasto catastrófico"; Alberto Valencia Armas, "Los costos de la atención a la salud en el anciano"; y Alberto Valencia Armas, "Los costos de la atención a la salud en el anciano", todos los artículos en Envejecimiento de la Población, Academia Nacional de Medicina, Foro Interacadémico en problemas de salud global, 2-3 de octubre de 2006.

<sup>7</sup> Organización de Naciones Unidas, "Perspectiva de la población mundial: revisión 2006", consultado en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=852>

2. *Aumento en la esperanza de vida.* Como México, muchas naciones experimentaron más del doble de incremento en la esperanza de vida durante el siglo pasado.
3. *Aumento en el número de personas mayores muy viejas.* Desde el punto de vista de política social y de investigación, es importante distinguir entre los adultos mayores viejos y los adultos mayores viejos-viejos (con más de 85 años). Este último grupo tendrá una serie de enfermedades y discapacidades que requerirán mayores cuidados de largo plazo y consumirán recursos de manera desproporcionada para su atención.
4. *Crecimiento exagerado de las enfermedades crónicas no transmisibles.* En nuestro caso, de forma aparejada a enfermedades infecciosas y parasitarias. Esto representará un cambio en la epidemiología de las enfermedades que surge como consecuencia del proceso de envejecimiento poblacional.
5. *Envejecimiento y disminución de la población.* Debido al proceso de envejecimiento global acelerado, algunas naciones experimentarán un fenómeno demográfico sin precedentes: la simultánea disminución de la población.
6. *Cambios en la estructura familiar.* Las futuras generaciones tendrán pocos familiares que las apoyen cuando envejezcan.
7. *Cambios en los patrones de jubilación.* Hay actualmente una amplia discusión para definir un balance entre los sistemas públicos y privados de seguridad social.
8. *Aumento del gasto en los sistemas de seguridad social.* En respuesta a los elevados requerimientos de los sistemas de pensiones, un

gran número de países con variados patrones de desarrollo está evaluando la sustentabilidad de los mismos. En México las reformas a las leyes del IMSS y del ISSSTE son sólo el principio de un largo debate en este sentido.

9. *Cambios económicos emergentes.* El envejecimiento poblacional tiene efectos dramáticos en las economías locales, regionales y globales de forma significativa, lo que afecta a los sistemas de finanzas, ahorro y mercado laboral.

No obstante los escenarios planteados, hay esperanza; los autores de este reporte concluyen que:

Muchos gobiernos tienen un plan a largo plazo, otros no, la ventana hacia la oportunidad para hacer reformas se irá cerrando en la medida que el envejecimiento se torne más acelerado. Actualmente Europa tiene cuatro personas laboralmente activas por cada adulto mayor, en el 2050 sólo habrá dos. En algunos países el grueso del producto interno bruto dedicado a la seguridad social para los mayores se espera que deba aumentar al doble en los próximos años. Las naciones, por tanto, tienen sólo algunos años para intensificar sus esfuerzos antes que los efectos demográficos comiencen a producirse.<sup>8</sup>

### Servicios de salud

Los servicios clínicos especializados en geriatría en México son muy escasos, pues solamente hay once unidades que se encuentran asentados en hospitales de alta especialidad y universitarios (*Cuadro I*). Éstos han sido creados en los últimos 25 años a partir, en su mayoría, de servicios preexistentes de medicina interna.

<sup>8</sup> Idem.

**Cuadro 1.**  
Servicios de geriatría y año de fundación

Hospital Universitario de Monterrey	1984
Hospital Adolfo López Mateos (ISSSTE)	1985
Hospital de Enfermos Crónicos de Tepexpan	1985
Hospital General de México	1988
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	1989
Hospital de la Beneficencia Española	1990
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara	1997
Hospital General de Zona 27 (IMSS)	2000
Hospital American British Cowdray	2003
Hospital Miguel Hidalgo en Aguascalientes	2005
Hospital Universitario en San Luis Potosí	2005

Los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2005 confirman la necesidad de la atención geriátrica:<sup>9</sup> Mientras que 2 de cada 100 menores de 60 años requirieron hospitalización en el último año, 7 de cada 100 mayores de esa edad lo hicieron; al menos cuatro de cada diez mayores de 60 años se hospitalizaron por más de siete días, el doble que en los menores de 60 años. Las consultas a adultos mayores de 2004 a 2006 por entidad federativa crecieron, en promedio, 32%, con incrementos que alcanzan hasta 90% en entidades como Chihuahua. Los egresos hospitalarios en el mismo periodo se incrementaron en promedio 54%.

Entre otros factores, esta demanda excesiva de servicios hospitalarios obedece a la inadecuación de los servicios actuales, a la desarticulación médi-

co-social prevalente, a la falta de coordinación entre el nivel de atención primario y el hospital, y a la carencia de alternativas a la hospitalización. La insuficiente formación y las limitadas capacidades técnicas en los servicios de atención primaria contribuyen a agravar el problema. Por ello, es necesario abordar, diferenciada, pero integralmente el desarrollo de los servicios hospitalarios y, al mismo tiempo, el desarrollo de servicios comunitarios. Es en éstos donde debe privilegiarse un enfoque dirigido a la prevención y al fomento de estilos de vida saludable y conductas que promuevan un envejecimiento exitoso en la población.

En la vejez se presenta un aumento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, en las que la edad avanzada es un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia la discapacidad. Se estima que al menos 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada; 6% padece severas limitaciones en las actividades de la vida diaria y hasta 10% más presenta incapacidad moderada, disparándose las cifras por encima de los 80 años. La consecuencia inevitable de todo ello es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada en una verdadera “geriatrización de la medicina”, que se traduce en los siguientes puntos:

- Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente comorbilidad.
- Mayor tendencia a la cronicidad de las mismas.
- Mayor prevalencia de discapacidad.
- Mayor utilización de la atención primaria de la salud.

<sup>9</sup> A partir de la información disponible en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2005 (ENSANUT 2005) y de la información disponible en los registros administrativos de la Secretaría de Salud (SINAIS).

- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor ocupación de camas hospitalarias.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales.

Es ante esta situación que el Reino Unido creó la especialidad de geriatría en 1946 y comenzó el desarrollo de los servicios geriátricos. La Organización Mundial de la Salud refrendó en 1974<sup>10</sup> esta línea de actuación y, posteriormente, la Organización de las Naciones Unidas<sup>11</sup> incluyó diversas recomendaciones al respecto:

- Desarrollar al máximo los servicios sanitarios, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, con base en las necesidades de las personas de edad, contando con la infraestructura y el personal especializados que pueda llevar a la práctica una asistencia integral y completa.
- Estimular la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría y darles la debida importancia en los planes de estudio a todos los niveles.
- Estimular, por parte de los gobiernos, la creación de instituciones especializadas en la enseñanza de la gerontología y la geriatría.

Más adelante, la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Madrid, España en el 2002, propuso el compromiso de proporcionar a las personas de edad acceso universal y en condiciones de igualdad a la atención médica y los servicios de salud. Asimismo, reconoció que

van en aumento las necesidades de una población que está envejeciendo, por lo que es preciso adoptar nuevas políticas, en particular en materia de atención y tratamiento, promover medios de vida saludables y entornos propicios. Todo ello para favorecer la independencia y la habilitación de las personas de edad y sus posibilidades de participar plenamente en todos los aspectos de la sociedad.

### **Estándares de servicios**

El envejecimiento de la población es un proceso influenciado exitosamente por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX. Frente a un creciente y cada vez más complejo conjunto de necesidades de salud y una enorme presión financiera, el esquema de atención a la salud de los ancianos debe operar con la mayor eficacia. La respuesta de México al reto de prestar servicios de salud a los ancianos es fragmentada, restringida a ciertos ámbitos, con niveles de calidad heterogéneos o desconocidos y bajo una regulación insuficiente. Lo que se relaciona con dos razones fundamentales: no hay uniformidad en los criterios para la atención del adulto mayor, y se carece de instrumentos, indicadores y estándares que permitan evaluarla.

#### a) Primer nivel de atención médica.

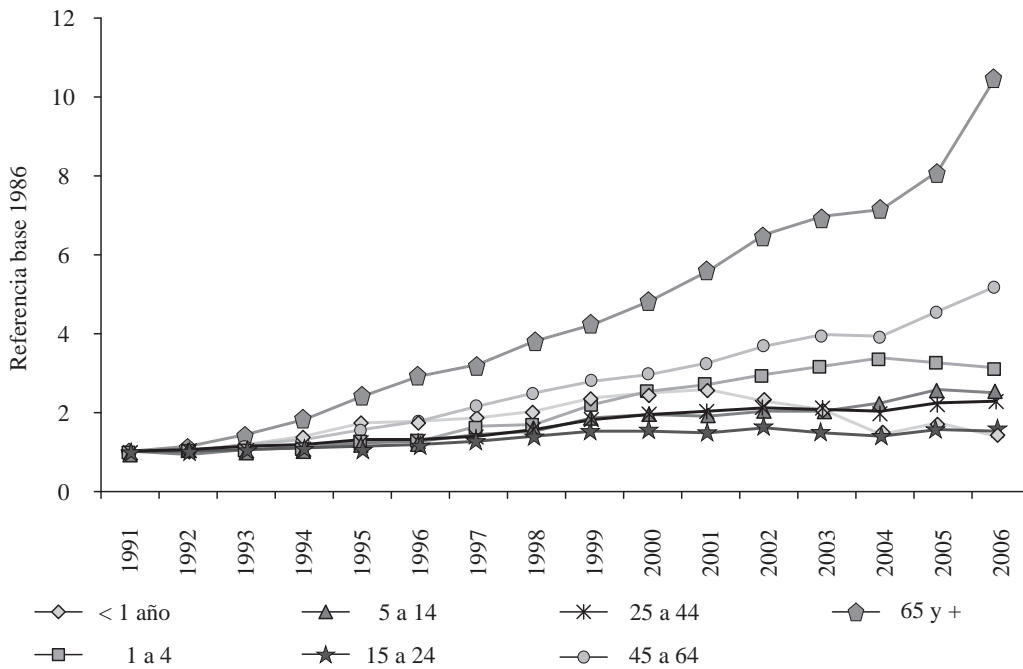
En México se observa que 69.7% de los adultos mayores de 65 años hacen uso de los servicios médicos en el primer nivel de atención;<sup>12</sup> en el IMSS, una de cada cinco consultas de

---

<sup>10</sup> Informe sobre Organización y Planificación de Servicios Geriátricos.

<sup>11</sup> Asamblea Mundial del Envejecimiento, Viena, 1982.

<sup>12</sup> Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2003. Disponible en <http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/inicio.htm>



**Figura 7.** Índice de demanda de consulta externa de medicina familiar por grupos de edad (1991-2006).

Incluye SSA e IMSS

medicina familiar se otorga a ancianos y su demanda es creciente, como se observa en la figura 7, donde se muestra el crecimiento de dicha demanda por grupos de edad en los servicios ambulatorios en la SSA y en el IMSS: la demanda de ese grupo de edad ha crecido en un factor de más de 10 en un periodo de 20 años.

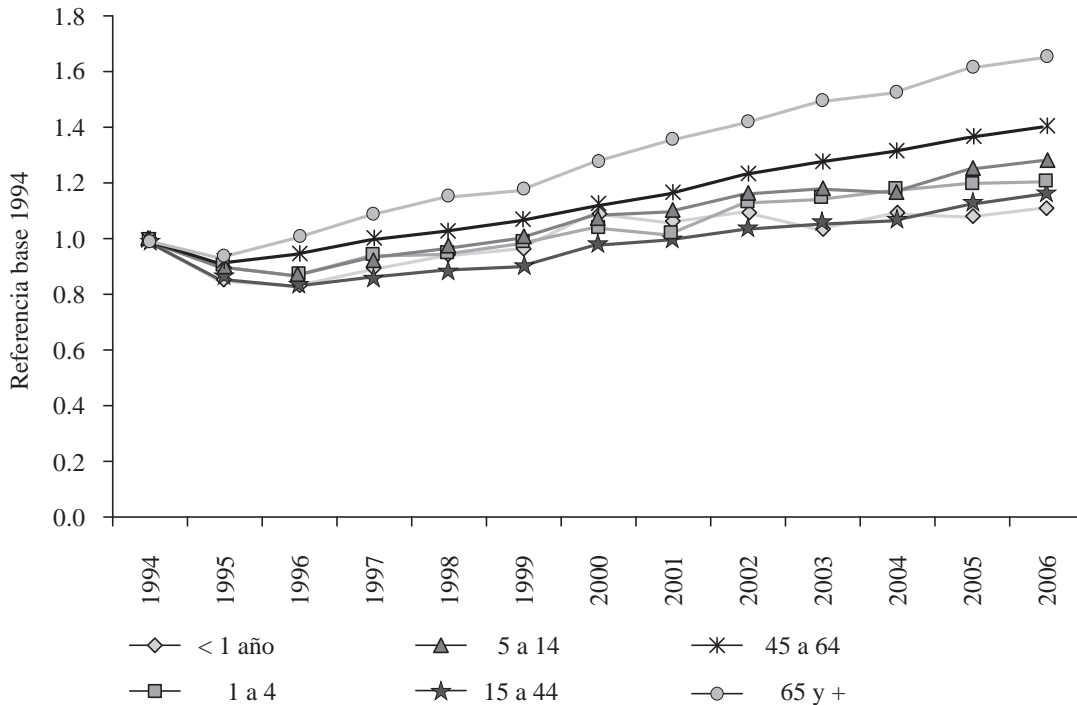
b) Atención hospitalaria.

En el IMSS, la tasa de uso de servicios hospitalarios ha presentado una tendencia exponencial creciente: 1.5 veces para 1996 y 2.5 veces para 2006, tomando como base 1986. Actualmente, los adultos mayores de 65 años representan 17.6% de los egresos hospitalarios, en comparación con 6.6% en 1986.<sup>13</sup> La

figura 8 presenta los datos de uso de servicios hospitalarios, analizado como egresos para el IMSS, ISSSTE y SSA. Datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud 2000 revelan que los adultos entre 60 y 69 años tienen una utilización hospitalaria de 5.1 por cada 100, la cual incrementa a 7.8 en adultos con edades entre 70 y 79 años de edad y 9.1 en adultos mayores de 80 años, cuya tasa es mayor que en los grupos de menor edad, exceptuando los ingresos por motivos obstétricos.

En los adultos mayores, la estancia hospitalaria condiciona desgaste físico y estrés psicológico que, aunado al deterioro ocasionado por la enfermedad que motivó su ingreso y la pérdida de la reserva fisiológica característica del envejecimiento, hacen que su estado funcio-

<sup>13</sup> "Entorno económico, demográfico, epidemiológico y social", en Reporte al Ejecutivo Federal, México, IMSS, 2006.



**Figura 8.** Índice de demanda de atención hospitalaria por grupos de edad (1994-2006).

Incluye SSA, IMSS e ISSSTE

nal, psicológico y cognoscitivo sufra un severo deterioro, especialmente en aquellos individuos catalogados como vulnerables (*frágiles*).<sup>14</sup>

c) Atención institucional de pacientes con cuidados prolongados.

No se cuenta con un registro del número de instituciones que se dedican al cuidado de adultos mayores, ya sea independientes o con

algún grado de discapacidad; las existentes se dedican básicamente a proporcionar alimentos y su personal no se encuentra debidamente capacitado para realizar estas acciones.<sup>15</sup> A pesar de que en 1997 fue publicada la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, ésta es insuficiente y los requerimientos de infraestructura y de personal para

<sup>14</sup> S. Parker, R. Fadayevatan y S. Lee, "Acute Hospital Care for Frail Older People", *Age and Ageing*, vol. 35, noviembre de 2006, pp. 551-552; S. Volpato, G. Onder, M. Cavalieri, G. Guerra et al., "Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, núm. 5, mayo de 2007, pp. 668-674.

<sup>15</sup> L. Gutiérrez Robledo, G. Reyes Ortega, F. Rocabado-Quevedo y F. López Franchini, "Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 6, noviembre-diciembre de 1996, pp. 487-500.

la asistencia de los residentes de estas instituciones no son planteados adecuadamente, ni existe una regulación sobre la calidad de los cuidados proporcionados o el costo.<sup>16</sup>

La experiencia mundial ha demostrado que es indispensable una rigurosa normatividad para el establecimiento y funcionamiento de las instituciones que se dedican al cuidado de pacientes, independientemente del grado de discapacidad que éstos presenten.<sup>17</sup>

d) Atención domiciliaria de pacientes con cuidados prolongados.

Datos provenientes del INEGI en 2000 revelaron que 10.7% de la población de 60 años y más reportó tener algún tipo de discapacidad, la más frecuente fue la motriz 55.1%, seguida de discapacidad visual y auditiva;<sup>18</sup> sin embargo, se desconoce hasta el momento, cuántos adultos mayores requieren de un alto grado de asistencia por parte de los familiares dentro de su domicilio.

Por múltiples razones, hay individuos con alto grado de discapacidad funcional o cognoscitiva que requieren de cuidados, ya sea por familiares o por cuidadores pagados.

e) Otras modalidades de atención médica del adulto mayor.

Los modelos de atención a los ancianos deben multiplicarse y diversificarse para incluir casas

de día, casas de noche, los servicios de atención médica a domicilio, los servicios de hospitalización y rehabilitación a domicilio.

Varias de estas modalidades de atención se relacionan con la esfera de salud mental. La discapacidad secundaria al deterioro cognoscitivo tendrá en breve tiempo una enorme importancia. Cerca de 4.3% de la población de adultos mayores de 60 años en México padece algún grado de demencia; este porcentaje es directamente proporcional a la edad, de tal forma que su prevalencia es de 2.1 para hombres y 3% para mujeres entre 60 y 69 años; este porcentaje se incrementa a 12% en hombres y 13.6% en mujeres mayores de 80 años. Por naturaleza propia, la demencia implica un deterioro funcional muy importante para quienes la padecen, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad, así como una carga emocional, económica y social para sus cuidadores. Ello plantea la necesidad de crear estándares que permitan atender este tipo de pacientes, independientemente del nivel de atención o del tipo de atención.<sup>19</sup>

### Formación de recursos humanos

Actualmente existe en México un número reducido de profesionales capacitados en la atención a las personas de edad avanzada en las clínicas y hospitales, instituciones que, a su vez, realizan todas las fun-

---

<sup>16</sup> K. Boockvar y D. Meier D., "Palliative Care for Frail Older Adults", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 296, 2006, pp. 2245-2253.

<sup>17</sup> A. Lamb, "Community Care of Older People: Policies, Problems and Practice", *Clinical Medicine*, vol. 6, noviembre-diciembre de 2003, pp. 584-586.

<sup>18</sup> Instituto Nacional de Geografía e Informática, Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, México, INEGI, 2004.

<sup>19</sup> S. Mejía Araujo, "Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central", Foro Interacadémico en Problemas de Salud Global, México, Academia Nacional de Medicina, 2006.

ciones de promoción de cursos, investigación, atención clínica e impartición de conferencias.

Existe un gran déficit de especialistas y de personal de diferentes ámbitos de atención para los ancianos. Se necesitan al menos 400 médicos especialistas para cubrir las necesidades, sin tener en cuenta el crecimiento previsto de la población anciana.<sup>20</sup> Esta carencia es aún mayor en cuanto a enfermeras especialistas o personal paramédico entrenado en la atención del anciano. Lo mismo ocurre con trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas. Por lo que toca a la investigación en la salud del anciano, son menos aún quienes efectúan estos estudios.

La ausencia de personas capacitadas favorece que los costos de la atención se eleven, que no se realicen actividades de prevención de la salud que permitan un envejecimiento exitoso y menores gastos subsecuentes. No se dispone de investigaciones nacionales que permitan la adecuada racionalización de esfuerzos que conlleven a actividades encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos.

El cambio demográfico ya señalado exige la formación de un número importante de especialistas que, con orientación gerontológica, sirvan de primer contacto a una población de adultos mayores creciente y con demanda de servicios más complejos y costosos. De hecho, la distribución en el país de los geriatras certificados es muy deficiente y necesita reorientarse tanto en la formación como en la distribución de plazas laborales. Hasta 2003 se formaron 196 geriatras, los cuales se ubicaron en la SSA (83), el ISSSTE (82) y el IMSS (31). La mayor concentración se da en el Distrito Federal (poco más de 120), Nuevo León y Jalisco (con cerca de 20 cada uno), el resto en

otras entidades, pero en ocho de ellas no se cuenta con estos especialistas: Baja California Sur, Colima, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Zacatecas. Los geriatras formados hasta 2006 son, a todas luces, insuficientes para enfrentar la demanda por venir y es necesario tomar medidas en forma más o menos urgente para aliviar la presión que sucederá en la demanda de servicios.

Las universidades deberán ajustar sus currículos académicos para educar en la atención de pacientes de la tercera edad; a su vez, las divisiones de postgrado deberán instrumentar un nuevo concepto de la especialidad de geriatría, probablemente como una especialidad troncal y subespecialidades dentro de ella; y de alguna forma, reorientar la especialidad de medicina familiar fortaleciendo en ella los contenidos gerontológicos.

Una planeación adecuada de la oferta educativa, y la construcción de servicios *ad hoc* tanto en las unidades de atención primaria como dentro de las instituciones de segundo y tercer nivel, se antoja necesaria para cumplir con la demanda de servicios y poder formar los recursos humanos necesarios con esta orientación.

La formación del geriatra implica tres o cuatro años de medicina interna y dos años de geriatría. Su perfil de egreso es la atención integral del enfermo geriátrico –tanto en la atención primaria como en el servicio hospitalario– y de enlace con otras actividades intrahospitalarias y ramas de la medicina. Hay programas en curso: en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y cuatro universidades de los estados (Autónoma de San Luis Potosí, Autónoma de Guadalajara, Autónoma de Nuevo León y Autó-

<sup>20</sup> Se calcula un especialista por cada 10,000 personas de más de 60 años de edad.



noma del Estado de México). En conjunto, en febrero de 2009, sólo hubo 26 nuevas demandas de asociarse al Consejo Mexicano de Geriátría.

A pesar de los esfuerzos realizados, el ritmo de crecimiento de médicos especialistas es muy bajo e insuficiente para cubrir las demandas en los ámbitos de investigación, enseñanza y atención. Las posibles razones son las siguientes: 1) poco conocimiento de la especialidad y mala imagen pública; 2) ausencia de promoción; 3) baja remuneración en las instituciones públicas; 4) ausencia de plazas de especialistas en geriatría en las instituciones; y 5) larga duración de los estudios para obtener el título universitario de la especialidad de geriatría.

Es claro que la atención a la salud de los individuos de edad avanzada no puede sustentarse exclusivamente en geriatras, pues nunca se formarán suficientes para satisfacer la demanda y, sobre todo, atender en forma adecuada las necesidades. En la enfermería hay cursos especiales y diplomados, pero sólo un postgrado en enfermería geriátrica: el de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, con muy pocas egresadas (menos de cinco) por año. Las técnicas gericultistas son formadas en un solo centro (CETIS Mixcoac) y no cuentan con posibilidades de ingresar a las instituciones de salud, ya que su perfil no se contempla en la lista de contrataciones. El desconocimiento de su existencia es una realidad.





## Capítulo 2.

# Necesidad de una Institución especializada en envejecimiento y salud

---

El aumento de la esperanza de vida en salud y la mejora en la calidad de vida, así como de la independencia funcional de las personas mayores se puede conseguir mediante actividades multidisciplinarias que combinen e integren los esfuerzos de investigadores y prestadores de servicios que trabajan en torno al tema de la salud y el envejecimiento poblacional. Se hace necesario potenciar un esfuerzo comprensivo que incorpore la investigación sobre los mecanismos y factores que determinan un envejecimiento saludable y exitoso, así como la promoción de actividades sociales y asistenciales para las personas mayores.<sup>21</sup>

Actualmente las instituciones nacionales de salud y de enseñanza superior cuentan con profesores e investigadores que trabajan en la docencia e investigación de los diversos procesos implicados en el envejecimiento, así como en la formación profesional de geriatras a efecto de crear una masa crítica de especialistas que subsane la deficiencia actual (un geriatra por cada 50

mil habitantes, cuando la recomendación internacional es de uno por cada 10 mil),<sup>22</sup> ya que sólo se cuenta con 30 plazas anuales para dicha especialidad. Asimismo, se hace necesario desarrollar el conocimiento geriátrico en el ámbito de otras ramas de la subespecialización en medicina.

Es necesario catalizar el esfuerzo que se lleva a cabo en el país para aglutinar, encauzar y dirigirlo adecuadamente, con la participación de los sectores público y privado y de la sociedad civil. Una decisión política de esta naturaleza tendría impacto social y científico que redundaría en multiplicar sus efectos benéficos.

Se conviene, pues, en crear un instituto, bajo los siguientes fundamentos:

1. La posibilidad de coordinar un conjunto importante de líneas de investigación, actualmente dispersas, que podrían encontrar, a través del instituto, un reflejo y un impacto de mayor envergadura y proyección social y científica.

---

<sup>21</sup> Agustín Lara Esqueda, "Modelos de atención primaria a la salud del adulto mayor", en *Envejecimiento de la Población, Academia Nacional de Medicina, Foro Interacadémico en problemas de salud global, 2-3 de octubre de 2006*.

<sup>22</sup> Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México, *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, México, 2004, p. 168*.

2. La posibilidad de contar con un centro de formación de investigadores profesionales y en un centro rector que ordene y regule los diferentes programas de formación del personal de salud en todos los niveles.
3. La oportunidad política y social de que se cree una estructura especializada dentro de los institutos nacionales de salud que afronte, desde diversos ángulos, los problemas que conlleva el envejecimiento.
4. La ausencia en México de un instituto de salud con la envergadura que puede tener el que aquí se presenta, lo que sin duda atraería a investigadores y estudiosos nacionales e internacionales sobre el tema.
5. La factibilidad para que el instituto se convirtiera en el referente de los argumentos y aspectos científicos, sociales y políticos para estudiar el envejecimiento, proporcionando ideas, soluciones, programas de actuación, esquemas y modelos de atención.

Se propone que el instituto sea un centro dedicado a la investigación en salud, a la formación óptima de profesionales y el desarrollo tecnológico de áreas específicas para la atención geriátrica y gerontológica en México, en el marco de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

La creación de un instituto de esta naturaleza se inscribe en las políticas sociales definidas en los Planes Nacionales de Desarrollo y en las estrategias de fortalecimiento a la atención de la salud de los ancianos establecidos en los Programas Nacionales de Salud. Con ello se busca su desarrollo institucional en el mediano plazo, para poder así garantizar en forma óptima sus funciones de investigación y de formación de profesionales, y la oportunidad de su proyección comunitaria.

Se consideró viable el diseño de una estructura orgánica innovadora que incluyera temas de investigación geriátrica y gerontológica tales como: fragilidad, mecanismos biológicos del envejecimiento, determinantes del envejecimiento activo y sano, determinantes sociales y económicos del envejecimiento, nutrición, envejecimiento cerebral, evaluación de la capacidad funcional y epidemiología del envejecimiento.

Este modelo de instituto dio forma al inicialmente propuesto en el proyecto de decreto aprobado por la Cámara de Diputados en su sesión del 30 de marzo de 2006 para adicionar la fracción XI del artículo 5º de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para la creación del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología. Si bien esta iniciativa no prosperó en la Cámara de Senadores, propició la conformación de un equipo de trabajo denominado "Grupo Ad Hoc", con la participación de 33 especialistas con una larga trayectoria en el tema de envejecimiento y salud (Anexo 1).

Como consecuencia de la elaboración del reporte del Grupo Ad Hoc y con el objeto de avanzar en el diseño de la nueva organización, el 13 de diciembre de 2007, la Academia Nacional de Medicina de México y la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad realizaron el Seminario Internacional "La Investigación en Envejecimiento y Salud: Un Imperativo Nacional", en cuyo marco se presentó el *Reporte Técnico del Grupo Ad Hoc* para el análisis de la factibilidad de creación del Instituto Nacional de Geriátría, en el cual se basa gran parte de esta memoria.

El documento presentado causó un impacto muy positivo y generó consenso en cuanto a la necesidad de crear un Instituto Nacional de Envejecimiento, o bien de Geriátría, con la finalidad de que quienes están dedicados a la investigación

en esta materia tuvieran el apoyo para desarrollar el conocimiento necesario en pro de la población adulta mayor. De hecho, en el mismo marco, se anunció que la Secretaría de Salud promovería la creación de dicho instituto en 2008.

Cabe señalar que en el Seminario participaron varias instituciones de clase mundial, como el Institut de Santé Publique et Développement de la Universidad de Burdeos, el Sealy Center on Aging de la rama médica de la Universidad de Texas en Galveston, así como entidades nacionales, entre ellas el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Consejo Nacional de la Población, la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto de Atención al Adulto Mayor del Distrito Federal, la Universidad Iberoamericana, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría, y la Sociedad de Geriátría y Gerontología de México, A.C. (GEMAC).

El Seminario constó de tres directrices principales:

1. Los grandes temas en la investigación relacionada al envejecimiento
2. Modelos institucionales
3. La situación nacional: La perspectiva universitaria e institucional

### **El Instituto de Geriátría**

Durante los primeros meses de 2008, el Grupo Ad Hoc se constituyó en tres grupos de trabajo: el pri-

mero dedicado al diseño de la estructura organizacional y al desarrollo de los procesos administrativos necesarios para el registro de la misma, y los dos restantes consagrados al desarrollo de la planeación estratégica de las áreas sustantivas de enseñanza e investigación, respectivamente. Entretanto, la discusión respecto al perfil más adecuado del nuevo organismo llevó finalmente a la iniciativa de dar vida a un Instituto de Geriátría, mediante un decreto presidencial.

El trabajo desarrollado a lo largo de dos años por el Grupo Ad Hoc se vio coronado el 28 de julio de 2008, con la firma del Decreto que crea al Instituto de Geriátría, evento que tuvo lugar en la explanada de la Secretaría de Salud ubicada en la calle de Lieja de la colonia Juárez en el Distrito Federal. Fue presidido por Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de la República; José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud; Jesús Kumate, Ex-Secretario de Salud; y Juan Molinar Horcasitas, entonces Director del IMSS.

Dicho Decreto fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de julio del mismo año.

### **Decreto de creación del Instituto de Geriátría**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República.

**FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA**, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 17, 31, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, fracciones I, II, V y VII, 3, fracciones X y XI, 6, fracción I, 7, fracciones III, VIII y XII, 90 y 97 de la Ley General

# FCH crea el Instituto de Geriátría, que iniciará funciones en octubre

## ACTIVIDADES PRESIDENCIALES

► En la edificación se invertirán 60 millones de pesos ► La SSa cuenta sólo con 400 especialistas y existen 8 millones de adultos mayores en el país

[ CECILIA TÉLLEZ CORTÉS ]

El secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, afirmó que el Instituto de Geriátría iniciará actividades el próximo mes de octubre y en la edificación se invertirán 60 millones de pesos.

En el instituto, dijo, se realizará investigación y capacitación para atender mejor a los adultos mayores.

En entrevista al margen de la firma del decreto que encabezó el presidente Felipe Calderón, por medio del cual se crea el Instituto de Geriátría, Córdova Villalobos indicó que en este momento no llegan a 400 los especialistas en adultos mayores y hacen falta muchos más para atender a 8 millones de ancianos que viven en México.

En la ceremonia estuvo presente el ex titular de Salud, Jesús Kumate —el cual rebasa los 80 años de edad—, quien también habló en el acto y recomendó con buen humor: "Para tener en México una vejez razonable: come poquito, bebe tantito y duerme solito".

Durante su participación como orador de la ceremonia, el doctor Córdova Villalobos advirtió que en las décadas por venir, México tendrá, paulatinamente, una mayor proporción de población adulta, semejante a la que se observa en países desarrollados.

Sin embargo, dijo, las condi-

ciones sociales, económicas, culturales y epidemiológicas serán distintas y ello hará que el envejecimiento se convierta en un problema significativo en la agenda política y económica del país.

En las instalaciones de la Secretaría de Salud el funcionario federal señaló que la creación del instituto busca contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece.

Se abocará a estudiar bajo un método multilateral e interdisciplinario el proceso de envejecimiento.



APOYO. El presidente Felipe Calderón, durante el evento.

MARIO BASILIO

## En 2040 uno de cada 4 mexicanos tendrá más de 60 años

Bajo la premisa de que la dignidad de un país se demuestra en el apoyo y respeto que se brinda a la dignidad de las personas que lo habitan, en especial a la de los adultos mayores, el presidente Felipe Calderón firmó ayer el decreto mediante el cual se crea el Instituto de Geriátría con el propósito de favorecer la atención de las personas de la tercera edad.

En las instalaciones de la Secretaría de Salud, acompañado del titular de esta dependencia, José Ángel Córdova, y de Jesús Kumate, ex director de la misma, el mandatario aseguró que la creación del instituto representa un paso decisivo en la construcción de un sistema de salud a la altura de los retos que enfrenta la nación ahora y en las próximas décadas.

Ante miembros de la comunidad médica, académicos, legisladores y especialistas, el presidente Calderón explicó que el instituto contribuirá a mejorar la calidad de vida de los mayores de 60 años bajo un programa integral, sobre todo ahora que la pobla-

ción de ese sector crece a un paso acelerado.

Indicó que si en 1950 la esperanza de vida era de tan sólo 49 años, para el 2006 llegó a 75 años. Y mientras que en el 2005 vivían en México alrededor de 8 millones de personas mayores de 60 años, para el 2020 se estima que serán más de 14 millones.

Refirió que en 2040 se prevé que uno de cada 4 mexicanos estará en ese rango de edad y de ahí la necesidad de contar con instalaciones funcionales que atiendan sus requerimientos.

Con el paso que hoy damos, avanzamos en el esfuerzo para alcanzar un México más sano, particularmente para una población que requiere crecientes atenciones en el servicio de salud, como son los adultos mayores de México", dijo el jefe de la Nación.

En cuanto a las tareas del nuevo instituto, destacó que será investigar todo lo relacionado con los males crónico-degenerativos que afectan a los adultos mayores y contribuir a prevenirlos, identificarlos y curarlos. (Cecilia Téllez)

29 DE JULIO DE 2008

NACIONAL: 11

# Impulsan atención para la tercera edad

*El Ejecutivo anunció la creación del Instituto Nacional de Geriátría, que mejorará las condiciones de vida en la vejez*

**POR CINTYA CONTRERAS**  
cintya.contreras@nacion.com.mx

Cerca de cinco millones de mexicanos rebasan los 60 años de edad y para el año 2040, uno de cada cuatro pobladores será considerado como adulto mayor.

Sus enfermedades crónicas degenerativas se multiplicarán y el tratamiento para atenderlas será cada vez más costoso y ante la insuficiente cantidad y calidad de centros médicos especializados que los atiendan, el gobierno federal firmó ayer un decreto que permitirá la creación de un instituto especializado en el tema.

Bajo el nombre de Instituto Nacional de Geriátría (ING), este organismo tendrá como objetivo principal mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades crónicas y asegurar una vejez saludable, así lo expuso el presidente Calderón.

"Ahora los padecimientos más generalizados son los que derivan de problemas como la diabetes, el cáncer o las afectaciones cardiovasculares; muchos de estos males son previsible y es ahí donde tenemos que hacer el mayor esfuerzo en materia de investigación, de tratamiento y de comunicación", dijo el mandatario federal durante la ceremonia de firma del decreto.

La principal tarea del ING será fungir como centro de investigación sobre los padecimientos relacionados con este sector para contribuir a las acciones de gobierno encami-

nadas a la prevención, detección y atención de enfermedades.

Propondrá innovaciones y reformas al Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, capacitará a especialistas para que se desempeñen en el sector público a nivel nacional.

Al respecto, el secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, lamentó que la falta de una cultura de atención integral a la salud lo haga propenso a adquirir enfermedades crónicas y padecer las complicaciones que no hayan sido detectadas a tiempo o controladas y que en casos extremos ocasionan disca-

pacidad y dependencia, lo que a su vez los hace vulnerables y somete a la discriminación.

"Las enfermedades crónicas requieren de un control efectivo para reducir al mínimo las discapacidades asociadas y los efectos negativos sobre la calidad de vida", indicó el titular de la dependencia.

Según datos del Índice de Desarrollo Social, la población de 60 años o más registra la mayor vulnerabilidad en comparación con las demás etapas de la vida, por lo que el ING podrá generar iniciativas de política pública y propuestas de acción.



Lic. Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de la República.



Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud; Senador Ernesto Saro Boardman; Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de la República; Lic. Juan Molinar Horcasitas, Director General del IMSS; Dr. Julio Sotelo Morales, Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

de Salud; 6, 10, fracciones I y XVII, 18, fracciones I, II, III y VII, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y

## CONSIDERANDO

Que la dimensión demográfica de la sociedad mexicana es imperativa para comprender las necesidades más importantes del sector salud y diseñar las políticas públicas necesarias para atenderlas;

Que como resultado de los avances en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país, se produjo un descenso importante de la mortalidad en todos

los grupos de edad, lo que ha traído como consecuencia el fenómeno conocido como envejecimiento poblacional y el consiguiente incremento en la demanda de servicios de salud;

Que derivado de la transición epidemiológica del país, las principales causas de muerte y daños a la salud se concentran en los padecimientos no transmisibles, de carácter crónico y relacionados con lesiones o accidentes, mismos que tienden a presentarse de manera creciente en los adultos mayores;

Que según estimaciones de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes del país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones y 53% se concentran en las personas mayores de 65 años, incrementándose de manera importante las tasas de mortalidad después de esa edad;

Que la población mayor de 65 años en México asciende actualmente a poco más de cinco millones de personas y se prevé que para el año 2050 dicha cifra aumente a 32 millones, lo cual significa que uno de cada cuatro mexicanos se ubicará en este grupo de edad y, desde luego, traerá aparejado un incremento significativo en la demanda de servicios de salud para dicho grupo poblacional;

Que la atención médica a los adultos mayores no debe centrarse únicamente en la prevención y tratamiento de la enfermedad, sino en el mantenimiento de una calidad de vida adecuada que incluya la atención a los cambios biológicos y emocionales que se desprenden del envejecimiento natural;

Que la política nacional sobre las personas adultas mayores debe orientarse, entre otros, hacia el ejercicio pleno de su derecho a la salud, a través de acciones que se traduzcan en un enriquecimiento palpable en la atención integral de sus padecimientos y enfermedades, con el fin de mejorar su calidad de vida;

Que si bien el sector salud ha generado capacidades institucionales para atender los padecimientos y la salud de las personas adultas mayores, éstas son insuficientes ante la creciente demanda de servicios especializados, en virtud de que la preparación y capacitación de recursos humanos en el campo de la geriatría, así como la realización de estudios e investigaciones sobre el envejecimiento son limitadas y no satisfacen los requerimientos que el nuevo perfil poblacional del país exige;

Que el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la

salud, lo que incluye asegurar la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, por lo que el Gobierno es responsable de llevar a cabo las acciones necesarias para mejorar y ampliar los servicios de salud a la población;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece en el apartado Eje 3. "Igualdad de Oportunidades", Objetivo 5 "Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente", que junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es importante la superación profesional y la sensibilización de los que atienden al público usuario; por lo cual, se señala en la Estrategia 5.3 que es fundamental asegurar que los recursos humanos sean oportunos y acordes con las necesidades de salud de la población, mediante el fortalecimiento de la capacitación profesional de avanzada entre el personal médico, enfatizando la investigación y la actualización de la medicina en sus diferentes especialidades;

Que el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 establece como Estrategia 9 el fortalecimiento de la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y de los recursos humanos y señala como líneas de acción de dicha estrategia definir la agenda de investigación y desarrollo con base en criterios de priorización en salud e impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas;

Que la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud, está facultada para coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema, promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país, así como apoyar la creación de



centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, y

Que por todo lo anterior el Ejecutivo Federal a mi cargo estima necesario crear el Instituto de Geriátría, como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud dedicado al desarrollo y capacitación de recursos humanos y a la investigación relacionados con las enfermedades, tratamiento y cuidado del adulto mayor, a fin de que las instituciones del Sistema Nacional de Salud cuenten con la capacidad, herramientas y conocimientos indispensables para brindar los servicios de salud que los adultos mayores merecen, he tenido a bien expedir el siguiente

## DECRETO

**ARTÍCULO PRIMERO.** Se crea el Instituto de Geriátría como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía operativa, técnica y administrativa, el cual tendrá por objeto coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de desarrollo, fomento y promoción en materia de investigación y creación de recursos humanos en geriátría.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto de Geriátría tendrá las funciones siguientes:

- I. Fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de geriátría y en aquéllas complementarias y de apoyo, mediante la creación e implementación de programas y cursos especializados;
- II. Desarrollar e impulsar estudios e investigaciones en materia geriátrica;
- III. Apoyar a la Secretaría de Salud en su carácter de dependencia coordinadora de sector,

para la elaboración y ejecución de los 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;

- IV. Fungir como órgano de consulta nacional sobre temas relacionados con su objeto;
- V. Difundir y publicar los estudios e investigaciones que en materia de geriátría elabore, así como de aquellas materias afines o complementarias a ésta;
- VI. Llevar a cabo el intercambio de estudios científicos, de carácter nacional e internacional, a través de la celebración de reuniones, eventos y convenios con instituciones afines, y
- VII. Desarrollar las demás actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, de conformidad con el presente Decreto y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**ARTÍCULO TERCERO.** El Instituto de Geriátría contará con:

- I. Un Director General;
- II. Un Consejo Interno, y
- III. Las unidades administrativas necesarias para el cumplimiento de su objeto.

**ARTÍCULO CUARTO.** El Director General será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud, y deberá reunir los requisitos siguientes:

- I. Ser médico cirujano con especialidad en geriátría, contar con reconocidos méritos académicos en las disciplinas médicas y de geriátría y haber publicado trabajos de investigación en la materia;

- II. Tener amplia experiencia en las áreas médica y académica, así como una trayectoria reconocida en la medicina;
- III. No ser cónyuge o tener parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado o civil con cualquiera de los miembros del Consejo Interno o el Consejo Consultivo;
- IV. No tener litigios pendientes con el Instituto de Geriátría, y
- V. No haber sido sentenciado por delitos patrimoniales o inhabilitado para ejercer el comercio o para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público.

**ARTÍCULO QUINTO.** El Director General del Instituto de Geriátría tendrá las facultades siguientes:

- I. Programar, organizar, dirigir, controlar y dar seguimiento al funcionamiento del Instituto de Geriátría;
- II. Analizar, validar, integrar y enviar a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, los proyectos de contraprestaciones por la prestación de servicios del Instituto de Geriátría para su trámite y autorización respectiva por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y
- III. Las demás facultades que le señalen el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y otras disposiciones jurídicas.

**ARTÍCULO SEXTO.** El Consejo Interno tendrá a su cargo evaluar el funcionamiento del Instituto de Geriátría, formular recomendaciones al Director General y las demás que señale el Secretario de Salud.

**ARTÍCULO SÉPTIMO.** El Instituto de Geriátría contará con un Consejo Consultivo que tendrá las siguientes funciones:

- I. Apoyar las actividades del Instituto y formular sugerencias tendientes a su mejor funcionamiento;
- II. Alentar la oportuna y cabal participación de la comunidad en acciones y servicios que preste el Instituto;
- III. Aportar experiencias nacionales e internacionales en el campo de la geriatría;
- IV. Proponer estudios e investigaciones a realizarse por el Instituto, y
- V. Contribuir a la obtención de recursos que permitan el mejoramiento de la operación del Instituto y el cumplimiento cabal de su objeto.

**ARTÍCULO OCTAVO.** El Consejo Consultivo estará integrado por doce miembros pertenecientes a las comunidades médica, científica, académica u otras relacionadas con el objeto del Instituto, y será presidido por el Secretario de Salud o por la persona que éste designe.

Los miembros del Consejo Consultivo serán nombrados por el Secretario de Salud, a propuesta del Director General; dichos miembros podrán a su vez designar a la persona que pueda fungir como su suplente en las sesiones del Consejo Consultivo.

El Consejo Consultivo celebrará al menos una sesión ordinaria al año, previa convocatoria de su Presidente, así como sesiones extraordinarias en cualquier momento que lo determine su Presidente.

Para que las sesiones ordinarias y extraordinarias y los acuerdos que en ellas se tomen se consideren válidos, deberán estar presentes la mayoría de sus miembros, incluido su Presidente.

Los asuntos sometidos a consideración del Consejo se tomarán por acuerdo de la mayoría de sus miembros y, en caso de empate, el Presidente tendrá voto de calidad.

Los demás aspectos de organización y funcionamiento del Consejo Consultivo se establecerán

en las reglas de operación que emita el Secretario de Salud.

**ARTÍCULO NOVENO.** Para el establecimiento, operación y seguimiento del sistema de evaluación del Instituto de Geriátría, éste deberá establecer la coordinación necesaria con el Delegado de la Secretaría de la Función Pública ante la Secretaría de Salud, a fin de facilitar la evaluación del desempeño general de dicho órgano administrativo desconcentrado.

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** La Secretaría de Salud emitirá a más tardar dentro de los 90 días hábiles posteriores a la entrada en vigor del presente Decreto, el acuerdo por medio del cual se establezca la inte-

gración y funcionamiento del Consejo Interno del Instituto de Geriátría.







**TERCERO.** Los recursos que, en cumplimiento a lo dispuesto en este instrumento se requerirán para la operación del Instituto de Geriátría, deberán sujetarse a la disponibilidad presupuestaria que se apruebe para dichos fines a la Secretaría de Salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación y a las disposiciones de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a veintiocho de julio de dos mil ocho. **Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.** Rúbrica. El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Agustín Guillermo Carstens Carstens.** Rúbrica. El Secretario de la Función Pública, **Salvador Vega Casillas.** Rúbrica. El Secretario de Salud, **José Ángel Córdova Villalobos.** Rúbrica.

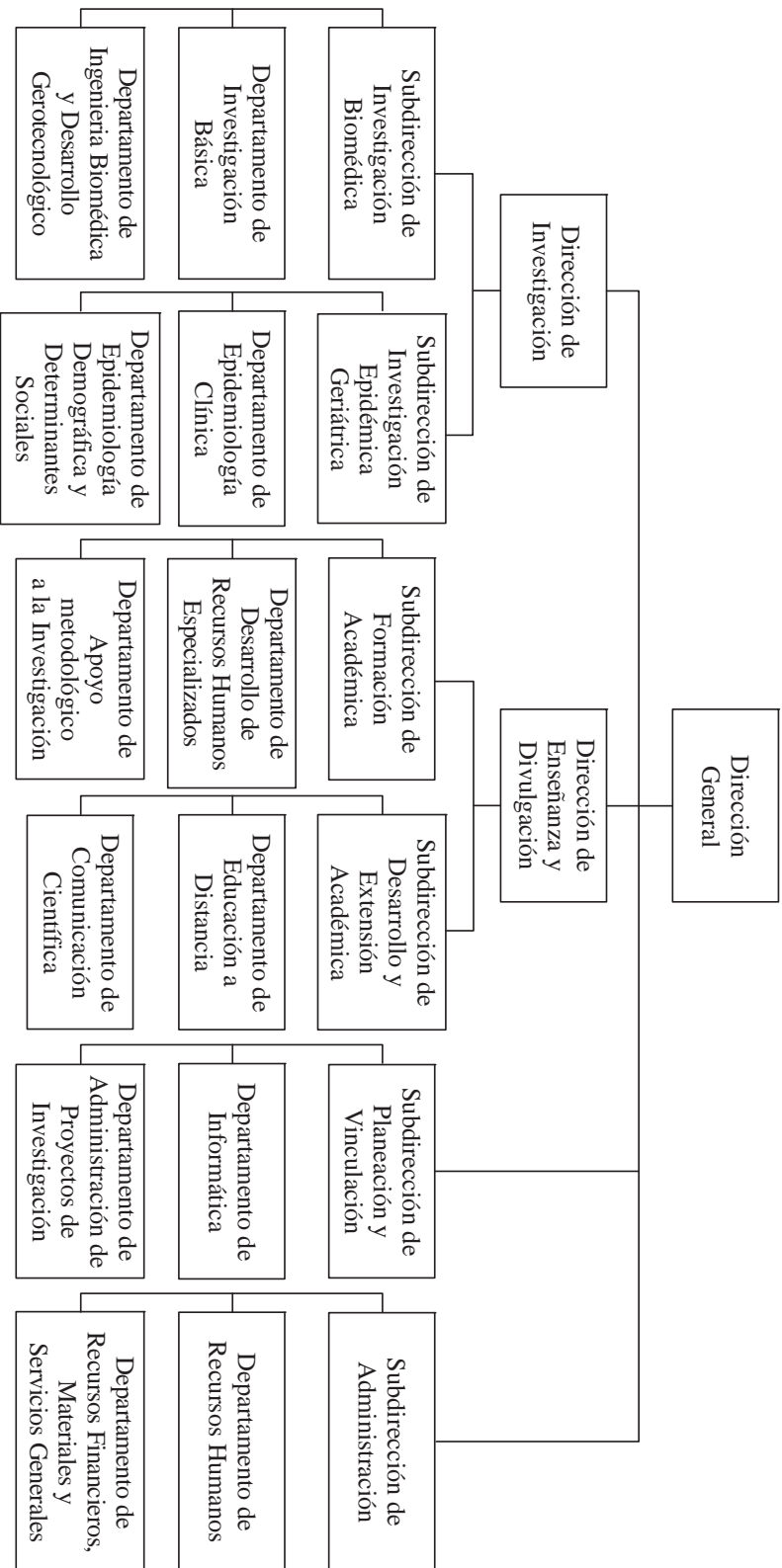
La creación del Instituto de Geriátría se concibió como la primera etapa de la conformación de

**Cuadro 1**

Resumen del proceso administrativo de la creación del Instituto de Geriátría

Publicación Decreto de creación del IG		29 de julio de 2008
Acciones para soportar la solicitud de registro de la estructura del IG ante la SFP		Inició en marzo de 2008 y continúan los trabajos
Firma del Acuerdo en el que se establece la integración y funcionamiento del Consejo Interno		4 de noviembre de 2008
Instalación del Consejo Interno		8 de diciembre de 2008
Planeación estratégica		Enero-diciembre de 2008
Aprobación de 14 plazas eventuales para iniciar trabajos formales del Instituto de Geriátría		16 de febrero de 2009

## Organigrama del Instituto de Geriátría 2009



un Instituto Nacional enfocado al envejecimiento y la salud; por lo que su objetivo central no cambió, es decir, se mantiene la idea de contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, con la participación de los sectores social y privado.

A lo largo de 2008, se llevaron las acciones administrativas necesarias para el inicio del trabajo formal del Instituto de Geriátría, mismas que se resumen en el cuadro 1.

A partir del Decreto de creación del Instituto de Geriátría se realizaron sesiones de trabajo de planificación estratégica, en las cuales se definió, entre otras prioridades, la misión institucional:

Promover el envejecimiento activo y saludable de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión; el desarrollo de recursos humanos especializados, y el impulso al desarrollo de servicios de salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Para que el Instituto de Geriátría sea un centro de referencia nacional e internacional que impacte positivamente en la salud y calidad de vida de los ancianos mexicanos, su objetivo principal será efectuar investigación estratégica en salud encaminada a dar respuesta a los problemas prioritarios asociados con la salud de los adultos mayores para promover su bienestar y elevar su calidad de vida.

En consecuencia, sus objetivos específicos se dirigirán a:

1. Conducir y promover investigación que sustente la evidencia para la toma de decisiones acerca de la biología del envejecimiento; los

determinantes sociales y económicos de la salud en la vejez; las causas, prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas al envejecer; la promoción de la salud para favorecer un envejecimiento activo y saludable; la creación o modificación de modelos de atención, programas y políticas; el desarrollo de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

2. Coadyuvar al desarrollo de los más elevados estándares académicos para el estudio y la práctica de la geriatría y gerontología.
3. Participar en la definición de políticas y programas para la formación de recursos humanos especializados.
4. Desarrollar estándares para la prestación de servicios de apoyo social y de cuidados de largo plazo que sirvan de referencia para el cuidado de los adultos mayores y como soporte a las familias y a las redes sociales de apoyo.
5. Generar y difundir conocimientos en torno al envejecimiento en todas sus facetas dirigidos a los profesionales de la salud, a la sociedad y a los ancianos y sus familias.
6. Promover la incorporación de nuevos conocimientos científicos en la formulación de políticas públicas relacionadas con el envejecimiento.
7. Contribuir a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México.

### **Dimensión de las funciones sustantivas y de apoyo**

Las actividades sustantivas del Instituto de Geriátría se centrarán en la investigación, la enseñanza y la vinculación. Se trabajará en estrecha colaboración con otras instituciones del sector salud y del Sistema Nacional de Salud, a fin de participar en el entorno clínico.

La Dirección de Investigación tiene como objetivo coordinar y promover la investigación estratégica en torno al proceso de envejecimiento y sus implicaciones sociales, así como a la prevención y atención médica a los adultos mayores, con la finalidad de crear modelos de atención, programas, protocolos, políticas y nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Las funciones de investigación se llevarán a cabo mediante dos subdirecciones cuya vocación se refleja en sus nombres: Investigación Biomédica e Investigación Epidemiológica Geriátrica.

La Subdirección de Investigación Biomédica tiene como objetivo participar en la elaboración y asesoría de los proyectos de investigación en materia de Geriátría y Gerontología con atención a la calidad de la investigación y promoviendo la competitividad de la investigación nacional en el área. Esto lo realizará con apoyo de dos departamentos: Investigación Básica e Ingeniería Biomédica y Desarrollo Gerotecnológico.

Por su parte, la Subdirección de Investigación Epidemiológica Geriátrica centrará su desarrollo en identificar las determinantes y factores de riesgo biológico, psicológico y social de las enfermedades de los adultos mayores, para realizar aportaciones en el desarrollo de programas de salud que den respuesta a la problemática de la población de este segmento. Lo anterior, mediante dos departamentos: el de Epidemiología Clínica y el de Epidemiología Demográfica y Determinantes Sociales.

La segunda área sustantiva del Instituto es la Dirección de Enseñanza, que tiene como objetivo formar, capacitar y actualizar recursos humanos de alto nivel en geriatría y gerontología, para desarrollar investigación, docencia, asesoría y gerencia; así como difundir el conocimiento cientí-

fico en materia de geriatría y gerontología en el ámbito nacional e internacional.

Esta dirección contará con dos subdirecciones: la de Desarrollo y Extensión Académica, integrada por los Departamentos de Educación a Distancia y el de Comunicación Científica; y la Subdirección de Formación Académica, con los Departamentos de Desarrollo de Recursos Humanos Especializados y el de Apoyo Metodológico a la Investigación.

El Instituto cuenta con dos subdirecciones más: la Subdirección de Administración, cuya tarea es administrar la obtención y control de los recursos humanos, financieros, materiales y servicios generales que requiera el Instituto para el desarrollo de los planes, programas y proyectos que le permitan cumplir con los objetivos institucionales, en el marco de la normatividad aplicable en la materia.

Y finalmente, la Subdirección de Planeación y Vinculación, con el fin de desarrollar la planeación estratégica, operativa y normativa del Instituto de Geriátría, en el corto, mediano y largo plazo, a efecto de alcanzar los objetivos y metas de cada una de las áreas, así como evaluar permanentemente el desempeño del Instituto y generar las recomendaciones de ajuste y mejora que resulten pertinentes en cada momento. A esta Subdirección pertenecen los Departamentos de Informática y Administración de los Proyectos de Investigación.

Cabe señalar que el Instituto de Geriátría se conforma en una era de la administración pública muy sensible al uso de la tecnología de la información, así como al logro de objetivos del gobierno federal, mediante el desarrollo de mejoras de la gestión y de indicadores útiles para la medición de sus resultados, mismos que estarán enfocados al desarrollo y bienestar de la población adulta mayor.



## Capítulo 3.

# Proyección del Instituto de Geriátría

---

Como se ha referido anteriormente, el Instituto de Geriátría se concibe como la primera fase de un gran proyecto conducente al establecimiento, en un futuro mediato, de un Instituto Nacional de Geriátría como organismo público descentralizado, mismo que desde ahora tendrá un impacto importante en el mejoramiento de la capacidad del Sistema Nacional de Salud para la atención del adulto mayor y para conseguir un proceso de envejecimiento exitoso de la población.

Este impacto se refleja en la vinculación horizontal con otros componentes del Sistema Nacional de Salud, el mejoramiento de los estándares de calidad de los servicios, la formación de personal especializado dedicado a la atención de la salud del anciano, la diseminación del conocimiento y la proyección internacional, principalmente en América Latina, del desempeño de sus funciones sustantivas.

### **Vinculación intersectorial**

El Instituto de Geriátría deberá sustentar su labor en una efectiva vinculación horizontal con otros componentes del Sistema Nacional de Salud y de otros sectores para cumplir su cometido y a efecto de potenciar sus beneficios a la población anciana del país, habida cuenta de que los servicios asistenciales del anciano deberán prestarse en las unida-

des aplicativas de las instituciones del sector salud, así como del sector privado y en organizaciones de la sociedad civil que llevan a cabo estos servicios. También deberá establecer una adecuada interacción con otras dependencias de la administración pública federal que tienen que ver con el adulto mayor y, en algunos casos, con organismos estatales que se dedican a la atención del anciano en ciertas entidades federativas del país. Como se señaló en el capítulo anterior, no se plantea que el Instituto de Geriátría ofrezca servicios de atención médica directa.

La creación del Instituto de Geriátría conlleva la necesidad de desarrollar una red asistencial afiliada en los estados y el Distrito Federal. Para que el Instituto adquiera un carácter verdaderamente nacional es deseable que se alimente de la información que se genera en las entidades federativas y que sus acciones se vean reflejadas en todo el país. Aunque el rubro de investigación es prioritario y predominará sobre el resto, el Instituto deberá ser también promotor de políticas públicas que se perciban en forma clara en todo el país.

El Instituto deberá ser un elemento de apoyo a la Secretaría de Salud en su papel rector del Sistema Nacional de Salud en lo que atañe al diseño e instrumentación de políticas y programas de envejecimiento y salud, así como ser una entidad que pueda caracterizar y valorar el desempeño

de la parte operativa de los servicios de salud para el anciano en el país.

### **Vinculación con los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

El Instituto de Geriátría deberá armonizar su labor con los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que prestan o estarán en capacidad de ofrecer atención médica geriátrica o ciertos servicios gerontológicos a la población que no es derechohabiente de la seguridad social, mediante los mecanismos que se establezcan en el Sistema Nacional de Protección Social.

Se requiere de la creación de una red colaborativa en el seno de los Institutos Nacionales de Salud. El Instituto de Geriátría será el motor para proveer los medios necesarios a este propósito, en particular la formación de un número suficiente de especialistas de alto nivel y el desarrollo de modelos asistenciales. La colaboración comprende los siguientes aspectos:

a) La colaboración en el desarrollo de servicios especializados en los Institutos Nacionales de Salud. Con dos alternativas de gestión: la creación de unidades afiliadas pero autónomas, dependientes de la dirección de la institución correspondiente, o bien unidades remotas del Instituto de Geriátría insertas en los Institutos pero con plazas dependientes de la dirección del Instituto de Geriátría. La creación de nuevas plazas como parte de la iniciativa del Instituto facilitaría la segunda opción para tener un mayor y más rápido y directo impacto creando en un primer tiempo “unidades móviles” de interconsulta geriátrica interdisciplinaria (conformadas por un médico y una enfermera especialistas como mínimo) en tanto se crean los espacios físicos de los servicios clínicos.

b) La creación de servicios de geriatría en los Hospitales de Alta Especialidad. La misma modalidad ya descrita permitiría, a través de un inicio con equipos móviles interdisciplinarios, paulatinamente desarrollar unidades de hospitalización y consulta externa, así como de alternativas a la hospitalización (hospital de día, servicios domiciliarios, telemedicina) para cubrir las necesidades asistenciales en este nivel. La creación de tales servicios tendría un impacto limitado, de no considerarse su vinculación con los servicios comunitarios, lo cual es esencial para su eficiencia y eficacia. La eficiente atención del anciano en el nivel primario es la clave del éxito de los servicios geriátricos.

### **Vinculación con las universidades e instituciones de educación superior**

El Instituto de Geriátría deberá mantener una estrecha vinculación con las instituciones de educación superior, pero también, en especial, con la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y con el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica y la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de incidir en la formación de los médicos para que adquieran los conocimientos y destrezas necesarias para la adecuada atención del anciano, así como en los esfuerzos de educación médica continua que se requiera para ofrecer servicios de calidad al anciano. De particular importancia será el peso que pudiera tener para influir en las tendencias para contar con más geriatras y gerontólogos en las especialidades médicas del país, así como en los Consejos de Especialidad para mantener y superar estándares de servicio.

En el ámbito estatal se presenta una oportunidad para una más estrecha e inmediata vinculación, que debe darse con los servicios existentes en el Antiguo



Hospital Civil de Guadalajara, el Hospital Universitario de Nuevo León, el Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes y los Hospitales Universitarios de San Luis Potosí y Tijuana. Estas instituciones contribuyen ya a la formación de especialistas y están en posibilidad de multiplicar los esfuerzos de los Institutos Nacionales de Salud en este sentido. Las modalidades asistenciales vigentes en ellos –que son diversas y de eficacia probada– enriquecerán rápidamente la experiencia del Instituto de Geriátría.

### **Impulso a modelos asistenciales innovadores**

Más allá de fortalecer los servicios existentes y disminuir los modelos asistenciales vigentes, el papel del Instituto de Geriátría será fundamentalmente de innovación en la generación de nuevas modalidades asistenciales y en particular de las destinadas a convertirse en alternativas a la hospitalización y de aquellas que promuevan el mantenimiento a domicilio del anciano crónicamente enfermo y dependiente. Entre las opciones que ya se avizoran destaca el desarrollo de un programa de telemedicina. La tecnología existe, su costo es asequible y su aplicación puede ser muy diversa en este campo, por demás fértil. Es posible iniciar con programas de Telemedicina para los centros de salud comunitarios, pero es particularmente grande el impacto que se puede tener a través de su desarrollo para dar servicio a los centros de cuidados prolongados en zonas rurales, centros comunitarios, etc., que carecen de recursos

para mantener un médico especialista de tiempo completo, pero podrían hacerse de un equipo que permita esta modalidad asistencial.

Asimismo, se podría impulsar el desarrollo e introducción de instrumentos de evaluación y seguimiento para optimizar la gestión del estado de salud de los ancianos en todos los niveles asistenciales.

### **Estándares de atención**

Como ya se revisó, el Instituto de Geriátría tendrá un papel primordial en la generación de estándares para la atención de adultos mayores en los servicios de salud. A continuación se plantean posibles avenidas a desarrollar.

**Primer nivel de atención.** Contribuirá a que la atención a la salud de los ancianos incluya los siguientes estándares mínimos de calidad para las unidades de primer contacto:

1. La práctica selectiva de la evaluación geriátrica integral, la cual proporciona una visión integral del paciente (desde el punto de vista biológico, social y familiar). Dicha práctica permite establecer planes de tratamiento individual con objeto de mantener al individuo independiente e integrado a la sociedad.<sup>23</sup> Las intervenciones oportunas derivadas de la evaluación geriátrica han demostrado reducir los costos de atención médica, identificar sujetos que requieren de asistencia médica prioritaria,<sup>24</sup>

<sup>23</sup> J. Reyes Guerrero, "Evaluación geriátrica integral", en C. D'Hyver y L. M. Gutiérrez Robledo, Geriátría, México, Manual Moderno, 2006, pp. 33-44.

<sup>24</sup> H. Gravelle, M. Dusheiko, R. Sheaff et al., "Impact of Case Management (Evercare) on Frail Elderly Patients: Controlled Before and After Analysis of Quantitative Outcome Data", British Medical Journal, vol. 334, enero de 2007, pp. 31-35; J. Fenton, M. Levine, L. Mahoney, P. Heagerty y E. Wagner, "Bringing Geriatricians to the Front Lines: Evaluation of a Quality Improvement Intervention in Primary Care", Journal of the American Board of Family Medicine, vol. 19, 2006, pp. 331-339.

elevar la sobrevida de los mismos<sup>25</sup> y monitorizar el proceso de envejecimiento, en forma individual y colectiva.<sup>26</sup>

2. En conjunto con la iniciativa del CENETEC, el desarrollo y validación de guías clínicas para el diagnóstico de los síndromes geriátricos, el tratamiento de personas susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención y el envío oportuno a segundo o tercer nivel de atención, o a otras instancias en casos como el abuso y maltrato. Los síndromes geriátricos de mayor impacto y relevancia son: abuso y maltrato, alteraciones del comportamiento en adultos mayores con demencia, caídas,<sup>27</sup> depresión,<sup>28</sup> deprivación sensorial,<sup>26</sup> deterioro cognoscitivo,<sup>29</sup> delirium, dolor,<sup>30</sup> incontinencia fecal, incontinencia urinaria,<sup>31</sup> trastornos del sueño,<sup>26</sup> así como trastornos de la marcha.
3. El desarrollo y validación de guías clínicas para el manejo de los principales padecimientos crónico-degenerativos, basadas en recomendaciones de asociaciones de expertos del país o del extranjero, con un enfoque específico para el adulto mayor. Estas guías deben incluir el manejo de la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y enfermedad articular degenerativa, entre otros.
4. El establecimiento de estándares para la integración de los cuadros básicos de medicamentos y desarrollo de sistemas de farmacovigilancia, especialmente en el caso de uso de medicamentos de alto riesgo para adultos mayores.<sup>32</sup>

<sup>25</sup> T. Higashi, P. Shekelle, J. Adams et al., "Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients", *Annals of Internal Medicine*, vol. 143, núm. 4, julio de 2005, pp. 274-281.

<sup>26</sup> H. Reyes Morales, S. Duobova, J. García-González, R. Jiménez Uribe, M. Tapia García y A. Espinosa Aguilar A., Guía de práctica clínica para la evaluación gerontológica integral, México, Dirección de Prestaciones Médicas-IMSS, 2006.

<sup>27</sup> B. González Carmona, V. López-Roldán, Z. Trujillo de los Santos, A. Escobar Rodríguez y H.J. Valeriano Ocampo, "Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor", *Revista Médica del IMSS*, vol. 43, 2005, pp. 425-441; J. Chang, S. Morton, L. Rubenstein, W. Mojica, M. Maglione, M. Suttrop, "Interventions for the Prevention of Falls in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials", *British Medical Journal*, vol. 328, 2004, pp. 680-683.

<sup>28</sup> P. Ciechanowski, E. Wagner, K. Schmalting et al., "Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. A Randomized Controlled Trial", *Journal of American Medical Association*, vol. 291, núm. 13, 7 de abril de 2004, pp. 1569-1577; H. Pincus, C. Pechura, L. Elinson y A. Pettit, "Depression in Primary Care: Linking Clinical and Systems Strategies", *General Hospital Psychiatry*, vol. 23, noviembre de 2001, pp. 311-318.

<sup>29</sup> B. Vickrey, B. Mittman, K. Connor et al., "The Effect of a Disease Management Intervention on Quality and Outcomes of Dementia Care. A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, noviembre de 2006, pp. 713-726.

<sup>30</sup> E. Sloss, D. Solomon, P. Shekelle, R. Young, D. Salib, C. MacLean, L. Rubenstein, J. Schnelle, C. Kamberg, N. Wenger, "Selecting Target Conditions for Quality of Care Improvement in Vulnerable Older Adults", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, abril de 2000, pp. 363-369.

<sup>31</sup> J. García González, H. Reyes Morales, M. Tapia García, A. Espinosa Aguilar, S. Doubova, A. Peña Villalobos, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los adultos mayores, México, Dirección de Prestaciones Médicas-IMSS, 2006.

<sup>32</sup> D. Fick, J. Cooper, W. Wade, "Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts", *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, diciembre de 2003, pp. 2716-2724; R. Garcia, "Five Ways you Can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly: A Systematic Review", *Journal of Family Practice*, vol. 55, abril de 2006, pp. 305-312.

5. La definición de los requerimientos mínimos de personal para la integración de equipos de salud multidisciplinarios que sean responsables, entre otras tareas, de los mejores esquemas de promoción a la salud para favorecer un envejecimiento activo.
6. La determinación de los requerimientos de infraestructura y arquitectónicos en las unidades en el primer nivel de atención, que aseguren una adecuada atención al adulto mayor.

### Atención hospitalaria

Es importante que el Instituto de Geriátría provea de información científicamente sustentada para definir estándares de atención y mejores esquemas de provisión de servicios hospitalarios para ancianos. Algunas de las preguntas que deberá responder son aquéllas relacionadas con las características de personal, operación y funcionalidad que deben tener los servicios de hospital. En adición a lo anterior y considerando que, en promedio, los adultos hospitalizados presentan seis síndromes geriátricos,<sup>33</sup> se deberán estandarizar estrategias que promuevan la independencia de los individuos durante su estancia hospitalaria y disminuyan el deterioro físico, emocional y cognoscitivo, y la aparición de complicaciones hospitalarias, tales como:<sup>34</sup>

1. Evaluación geriátrica integral hospitalaria.<sup>35</sup>
2. Protocolos de atención que permitan la promoción de la independencia funcional y promoción de actividades físicas de los adultos mayores durante los procesos de hospitalización,<sup>36</sup> así como de prevención y tratamiento de delirium, caídas y úlceras por presión.
3. Desarrollo y validación de guías para el manejo de alimentación oportuna, uso de sujetadores<sup>37</sup> y uso de medicamentos psicotrópicos.<sup>38</sup>
4. Desarrollo y validación de guías clínicas para el manejo de los principales motivos de hospitalización en los adultos mayores (neumonías, fracturas de cadera, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardiaca, etc.), basadas en recomendaciones de las principales asociaciones de expertos en el ámbito nacional e internacionales, pero con un enfoque específico para el adulto mayor.<sup>30</sup>
5. Establecimiento de estándares para el registro y el procesamiento en los sistemas de información, que permitan vigilar desde el punto de vista epidemiológico el comportamiento clínico de los adultos mayores que ingresan a los hospitales.
6. Determinación de los requerimientos de infraestructura y arquitectónicos en los hospitales generales y de alta especialidad.

<sup>33</sup> T. García Zenón, J. López Guzmán, J. Villalobos Silva, C. D'Hyver de las Deses, "Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados", *Medicina Interna de México*, vol. 22, 2006, pp. 369-374.

<sup>34</sup> D. Harari, A. Hopper, J. Dhesi, G. Babic-Illman, I. Lockwood y F. Martin, "Proactive Care of Older People Undergoing Surgery ('pops'): Designing, Embedding, Evaluating and Funding a Comprehensive Geriatric Assessment Service for Older Elective Surgical Patients", *Age and Ageing*, vol. 36, 2007, pp. 190-196.

<sup>35</sup> H. Cohen, J. Feussner, M. Weinberger, M. Carnes, R. Hamdy et al., "A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management", *New England Journal of Medicine*, vol. 346, marzo de 2002, pp. 905-912.

<sup>36</sup> T. Gill, H. Allore, T. Holford y Z. Guo, "Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons", *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, noviembre de 2004, pp. 2115-2124.

<sup>37</sup> "ACOVE Quality Indicators", *Archives of Internal Medicine*, vol. 135, parte 2, 2001, pp. 653-667.

<sup>38</sup> J. Peterson, G. Kuperman, C. Shek, M. Pate, J. Avorn y D. Bates, "Guided Prescription of Psychotropic medications for Geriatric Inpatients", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, abril de 2005, pp. 802-807.

## Atención institucional de pacientes con cuidados prolongados

La experiencia mundial ha demostrado que es indispensable una rigurosa normatividad para el establecimiento y funcionamiento de las instituciones que se dedican al cuidado de pacientes, independientemente del grado de discapacidad que éstos presenten.<sup>39</sup> El Instituto Nacional de Geriátría podrá proponer los requerimientos mínimos para estas instituciones:

1. Recomendaciones de la infraestructura mínima y del perfil del personal que labora con estas instituciones.
2. Estandarización de la evaluación geriátrica integral con la finalidad de identificar a los pacientes que deben o no de ingresar, el perfil de necesidades de atención particulares de cada residente<sup>40</sup> y a qué tipo de institución de cuidados prolongados.
3. Difusión de las guías clínicas para el diagnóstico, manejo de síndromes geriátricos, adaptadas al contexto de Instituciones de cuidados prolongados,<sup>41</sup> uso de sujetadores<sup>37</sup> y guías para la rehabilitación de pacientes.
4. Desarrollo y validación de un sistema de revisión clínica periódica, que permita identificar

el estado de cada uno de los residentes, utilizando indicadores clínicos o funcionales que permiten servir de alertas<sup>42</sup> de riesgo.

5. Definición de un sistema de evaluación-certificación que permita garantizar mínimos de calidad de provisión de servicios.

## Atención domiciliaria de pacientes con cuidados prolongados

Por múltiples razones, hay individuos con alto grado de discapacidad funcional o cognoscitiva que requieren de cuidados, ya sea por familiares o por cuidadores pagados. El Instituto de Geriátría debe generar estándares en relación con las siguientes cuestiones:

1. Manuales para el cuidador de pacientes con dependencia funcional o deterioro cognoscitivo, que le proporcionen al cuidador la suficiente información para comprender la enfermedad del paciente, las técnicas que le permitan proporcionar un cuidado integral, movilización adecuada, así como los cambios necesarios en la infraestructura del hogar y la promoción de la independencia funcional del paciente.
2. Generación de manual para la detección y manejo de la sobrecarga del cuidador.

<sup>39</sup> A. Lamb, "Community Care of Older People: Policies, Problems and Practice", vol. 3, 2003, pp. 584-586.

<sup>40</sup> D. Saliba y J. Schnelle, "Indicators of the Quality of Nursing Home Residential Care", Journal of American Geriatrics Society, vol. 50, 2002, pp. 1421-1430.

<sup>41</sup> P. Starer, L. Libow, "Medical Care of the Elderly in the Nursing Home", Journal of General Internal Medicine, vol. 7, mayo de 1992, pp. 352-362; American Geriatrics Society y American Association for Geriatric Psychiatry, "Consensus Statement on Improving the Quality of Mental Health Care in U.S. Nursing Homes: Management of Depression and Behavioral Symptoms Associated with Dementia", Journal of American Geriatrics Society, vol. 51, 2003, pp. 1287-1298.

<sup>42</sup> W. Achterberg, C. Campen, A. Margriet, A. Kerkstra y M. Ribbe, "Effects of the Resident Assessment Instrument on the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A Review of the Literature", Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, vol. 31, 1999, pp. 131-137.

## Recursos humanos

El Instituto de Geriátría, en colaboración con las universidades, en especial con la Nacional Autónoma de México, desarrollarán los cursos que permitan la educación y formación del personal capacitado en el área geriátrica-gerontológica, de tal forma que se brinden las atenciones necesarias para el adecuado desarrollo humano en la etapa de la vejez, así como brindar la oportunidad de la formación de investigadores en áreas prioritarias de acuerdo con el resultado de sus trabajos.

Es claro que la atención a la salud de los individuos de edad avanzada no puede sustentarse exclusivamente en geriatras, pues nunca se formarían suficientes para satisfacer la demanda y, sobre todo, para atender en forma adecuada las necesidades.

La implantación de otro sistema o programa de estudios en el adiestramiento del personal médico y paramédico, en conjunto con la UNAM, instituciones de educación superior, los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales generales de alta especialidad y el Instituto de Geriátría, permitirá incrementar el número de egresados capacitados para la atención de la población que envejece. Se podrán adoptar los planes de estudio tanto de pregrado como de postgrado por parte de las instituciones de educación superior en el país, de tal forma que se logre la formación de los recursos humanos necesarios para la atención, con las modificaciones que las investigaciones del caso señalen como adecuadas para los diferentes municipios y entidades federativas. En lo que toca a médicos, enfermeros y gericultistas, se impulsará la formación de personal especializado en áreas de trabajo social, rehabilitación y otras.

Con el apoyo de la UNAM, Conacyt y otras dependencias, se podrá poner en marcha en el Instituto de Geriátría la red nacional de investi-

gación sobre el envejecimiento y la salud que permitirá no sólo conocer el problema real de la vejez en México, sino poner en marcha programas preventivos que redunden en una mejor calidad de vida y en un ahorro sustancioso de gastos a la salud.

El Instituto de Geriátría llevará a cabo la formación de núcleos de investigación y la formación de investigadores en los ámbitos biológicos básicos, epidemiológicos, clínicos, sociales y de programas de atención y promoción de la salud del anciano.

El Instituto colaborará con la formación y puesta en marcha de los programas de enseñanza y capacitación del personal idóneo para llevar a cabo todas las actividades que redunden en beneficio de la población envejecida. Consecuentemente, los programas de pregrado, así como los de postgrado en medicina, enfermería, trabajo social, psicología y gericultistas deberán rediseñarse para poder cubrir el déficit de personas capacitadas y para contar con el personal capacitado que el futuro requiere. Habrá que probar nuevos programas educativos basados en las necesidades del país.

## Diseminación del conocimiento

Uno de los objetivos del Instituto de Geriátría es la generación de conocimiento nuevo, su diseminación y su traducción en políticas, programas y servicios de salud para los adultos mayores. Los conocimientos derivados de los proyectos de investigación son un producto de valor que tendría un impacto considerable en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud para los adultos mayores; el desarrollo de programas locales y nacionales de educación para la salud; el diseño de programas y estrategias de prevención y promoción de la salud en los adultos mayores y sus fa-

milias; y en la prestación de servicios de salud para este grupo poblacional.

La traducción y transferencia de los resultados de investigación se llevará a cabo a través del Departamento de Comunicación Científica, en el cual expertos en el manejo de información se darán a la tarea de analizar los reportes de investigación y con esta base redactar varios tipos de documentos para diversas audiencias, mediante distintos vehículos de divulgación y comunicación académica.

### **Programas de educación para la salud**

La educación para la salud constituye una herramienta esencial en la atención al proceso de salud-enfermedad y es una parte fundamental del tratamiento. En los adultos mayores, por ejemplo, tras el diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas presentan necesidades educativas de distintos tipos. Los objetivos del programa de educación para la salud deberán responder a necesidades educativas centrándose en torno a: 1) la prevención de enfermedades y accidentes; 2) la identificación de síntomas y signos asociados a las enfermedades más comunes en este grupo poblacional; y 3) los autocuidados, el control de la enfermedad y el apoyo familiar.

Los programas de educación para la salud del adulto mayor tendrán un alto contenido educativo, es decir, estarán constituidos como intervención de educación y no sólo de información en salud. Se propondrán programas de aprendizaje que sean eficaces y estables, que desarrollen en los adultos mayores diversas capacidades para el manejo adecuado de la situación de salud particular que padezcan. Estos programas serán parte de una estrategia coordinada y sistematizada que incluya todas las etapas de la programación educativa, es decir, el análisis de la situación, la defi-

nición de objetivos y contenidos, el diseño de la metodología a utilizar y la evaluación.

### **Prevención temprana y promoción de la salud**

La mayoría de las acciones en salud para los adultos mayores en México se dirigen a atender y curar, más que a promover la salud. Este tipo de acciones deberá cambiar radicalmente para implementar programas de servicio de promoción y prevención. La promoción de la salud entre la población de adultos mayores, sobre todo en ámbitos comunitarios, será una de las estrategias más importantes derivadas del trabajo del Instituto de Geriátría, ya que el carácter anticipatorio de la promoción nos brinda la oportunidad de actuar antes de que la morbilidad o, en su caso, la mortalidad se haga presente con gastos onerosos para el individuo y el sistema de salud.

La prevención de problemas de salud entre los adultos mayores se puede lograr a través de esfuerzos que incorporen a las autoridades y a los líderes naturales de las comunidades. Asimismo, deberá ser abordada de manera interdisciplinaria y utilizando un alcance multimétodo. Con este propósito se desarrollarán programas comprensivos que respondan a las necesidades de los adultos mayores tomando en cuenta variables importantes como el género, la ubicación rural o urbana, el nivel socioeconómico y la presencia de redes de apoyo familiar, entre otras.

### **Impactos en la población, prestadores de servicios de salud y tomadores de decisiones**

Una proporción importante de adultos mayores en México no tiene acceso a servicios básicos de salud. Los ancianos que utilizan los servicios de salud proporcionados por instancias gubernamentales en el ámbito federal, estatal o local, frecuentemente

reportan que éstos son de baja calidad y no responden a sus necesidades.

A través de conocimientos nuevos se estará en posibilidad de diseñar sistemas y modelos de atención integral encaminados a promover una mejor calidad de vida para los adultos mayores. Estos modelos se sustentarán en la calidad, accesibilidad y equidad. También estarán centrados en las necesidades multidimensionales del adulto mayor.

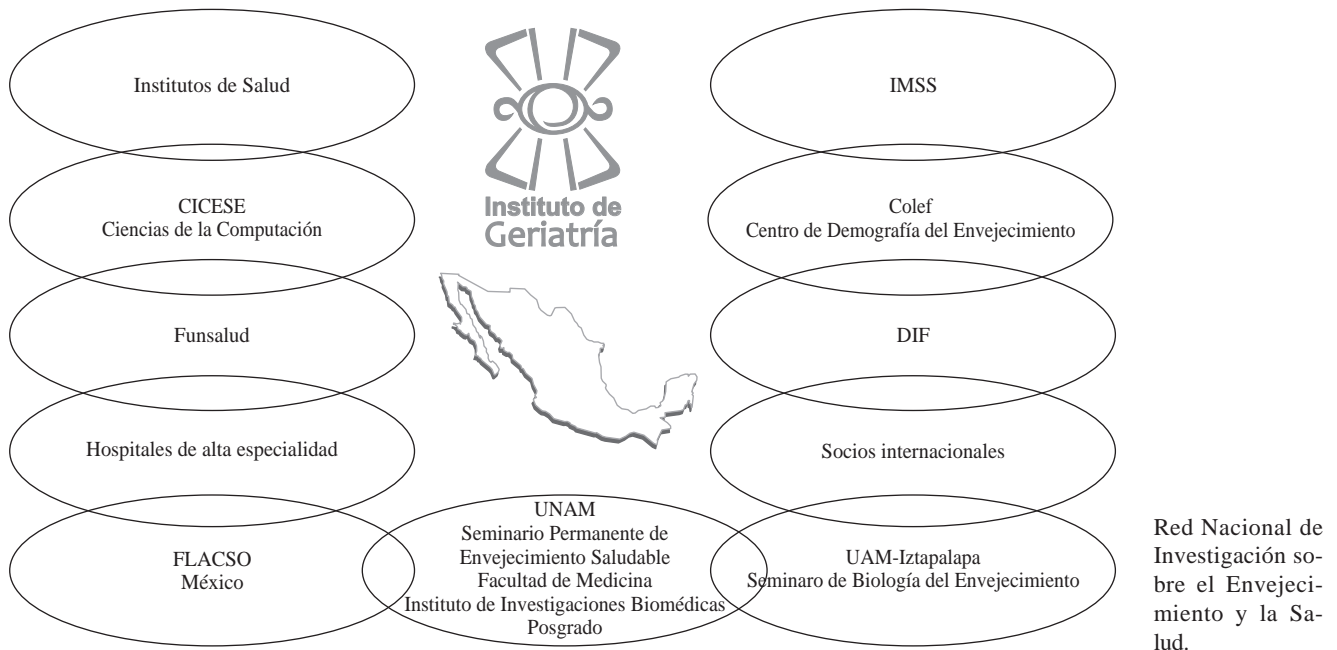
### **Diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud para los adultos mayores**

La investigación resulta un producto indispensable para mejorar la salud, la equidad en dicho ámbito y contribuir al desarrollo generalizado del bienestar de la población. Siguiendo esta línea de ideas, los Resúmenes Ejecutivos que serán producidos en el Instituto de Geriátría sentarán las bases para la elab-

boración de propuestas de políticas de salud pública, las cuales podrán ser evaluadas para determinar su impacto en la salud de los adultos mayores.

Es importante reconocer el potencial del conocimiento nuevo en el desarrollo de estrategias y políticas encaminadas a promover el desarrollo y la capacitación de recursos humanos, inversiones en equipo y tecnología de vanguardia, extensión de capacidades a través del desarrollo de redes de colaboración, diseño de programas y acciones articuladas.

Las políticas públicas deberán extenderse más allá de la prestación de servicios de salud adecuados e incorporar el desarrollo de condiciones propicias para el envejecimiento. Por ejemplo, las políticas públicas deberán incorporar aspectos relacionados con el entorno social inmediato, estilos de vida, educación, promoción de los derechos y la independencia, autocuidados, oportunidades de trabajo, asistencia social y asistencia jurídica, entre otros.



Red Nacional de Investigación sobre el Envejecimiento y la Salud.

## Proyección internacional

A pesar de las numerosas evidencias científicas, el significado del envejecimiento poblacional necesita ser mejor apreciado. Es preciso crear conciencia acerca de la necesidad de realizar investigaciones multinacionales y promover una política de diálogo que pueda ayudar a reconocer los cambios que produce y las oportunidades que implica un mundo envejecido.

La observación de lo que ocurre en el contexto mundial, los estudios comparativos y la anticipación de los riesgos por los que atraviesan ya otras naciones, se posibilitan a través de la colaboración y el intercambio internacional.

En este contexto, el Instituto de Geriátría puede y debe desarrollar una posición influyente en el plano internacional y en particular en el ámbito de América Latina, donde no existe hasta el momento una entidad comparable, al contribuir a la mejor comprensión del fenómeno del envejecimiento y a través de la diseminación de la información generada localmente, así como a través de la colaboración en estudios multinacionales, como ha sido ya el caso del estudio latinoamericano de "Salud y bienestar en el envejecimiento" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Estudio Nacional sobre Envejecimiento en México conducido por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática con el patrocinio del National Institute on Aging, y como podría serlo el "Study on Global Aging and Adult Health" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente en curso.

Tradicionalmente, los Institutos Nacionales de Salud han contribuido a la formación de recursos humanos especializados en la región de las Américas, particularmente en Centroaméri-

ca y el Caribe. El impacto potencial en ese ámbito es significativo por la virtual ausencia de cursos especializados y oportunidades de formación gerontológica.

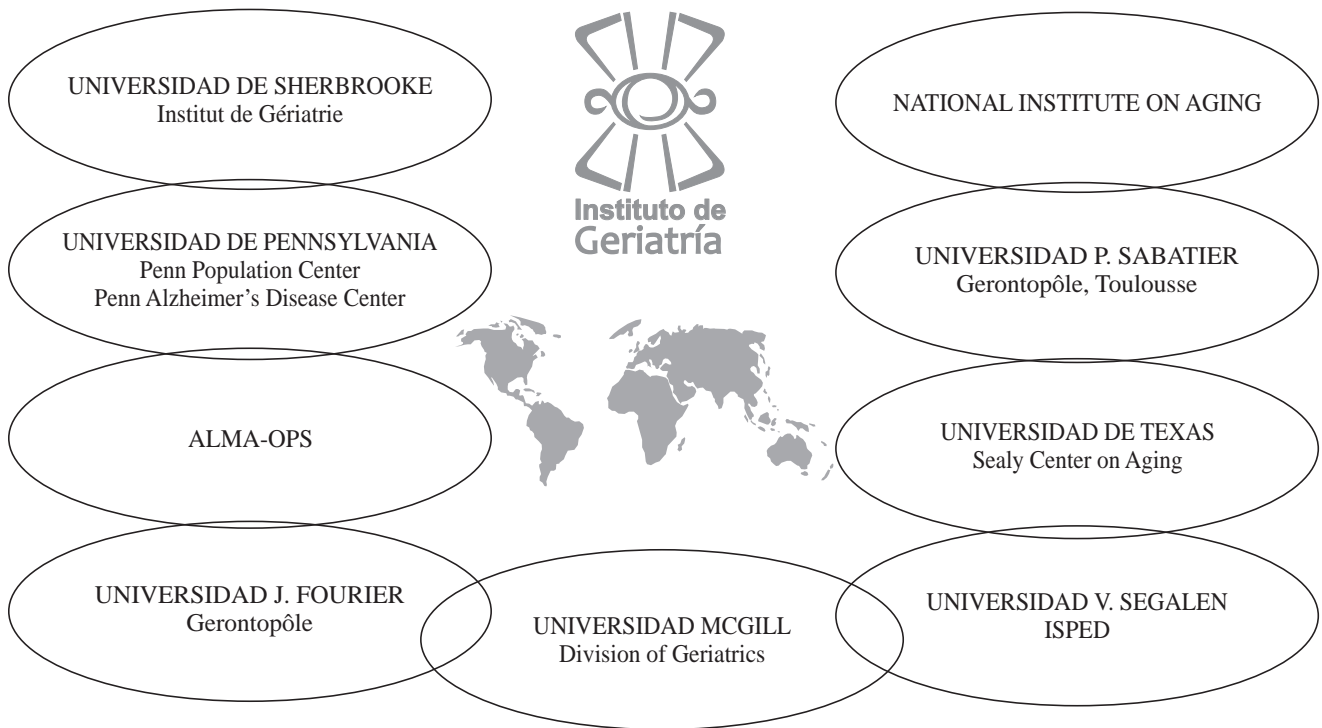
En el mediano plazo, el Instituto de Geriátría podría convertirse en centro colaborador OPS-OMS en la región. Se considera un centro colaborador de la OMS a una institución nacional designada por el director general de la organización para formar parte de la red internacional de instituciones que realizan actividades de referencia, investigación y adiestramiento en apoyo al programa de la organización. En este caso, el centro operaría en el nivel de país y posiblemente en el mediano plazo como Centro Regional de Envejecimiento y Salud, al no existir otra institución de envergadura comparable en la región y podría desempeñarse como centro de referencia para la capacitación de personal, la formación de investigadores y, en colaboración con la OPS y otras instituciones con interés en el tema, para la coordinación de la investigación en el ámbito regional.

Estas acciones permitirían al Instituto de Geriátría la captación de fondos externos para investigación que se pueda realizar en México o, en su caso, coordinar a través suyo, proyectos de investigación multinacional. Estos intercambios beneficiarían no sólo a los académicos e investigadores del Instituto, sino a los que participen en la colaboración de otras instituciones nacionales.

La vinculación internacional permitirá que el Instituto pueda acceder a los avances en el campo de países que ya tienen una cultura desarrollada en cuanto a la investigación del envejecimiento y a las políticas formuladas con base en los resultados de ésta.

México debe aprovechar el *momentum* internacional para posicionarse como líder en la región.





Red de colaboradores internacionales.

### **Grupo de Trabajo.**



De adelante hacia atrás y derecha a izquierda: Milagros Sánchez, María Isabel Negrete, Flor Ávila Fematt, Rosario Escobar, Elizabeth Caro, Gabriela Ríos, Esperanza Uribe, Luis Miguel Gutiérrez, José López Franchini, Moisés Galván, Mariano Gascón; Sandra Luna, Marco Sánchez, Enrique Cortez, Eduardo Ángeles, Francisco Mendoza, Mariano Montaña, Óscar Rosas, Héctor Lara.

## Logotipo del Instituto de Geriátría: El quincunce

El logotipo que da identidad al Instituto de Geriátría tiene su origen en el quincunce, un elemento omnipresente en las culturas mesoamericanas que simboliza el punto donde los principios opuestos se encuentran.

El quincunce representa la resurrección, la unidad del alma individual con el alma cósmica y la eternidad. De ahí su pertinencia para significar un instituto orientado a entender el proceso de envejecimiento y revalorar el paso del tiempo como parte de un ciclo de vida.

Los cinco rumbos de la existencia humana representados en el quincunce son el Oriente, la región roja de la luz; el Norte, el lugar negro de los muertos; el Poniente, el país blanco de las mujeres; el Sur, la región azul del sacrificio; y el Centro, de donde parten los otros cuatro puntos y

donde habita Huehuetéotl-Xiuhtecuhtli, el dios viejo o del fuego.

Este principio de los cuatro puntos cardinales y un centro ha sido un motivo frecuente en diversas culturas mesoamericanas. He aquí algunas de sus representaciones.

El logotipo del Instituto de Geriátría también retoma la idea planteada en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. La parte central, conformada por un círculo con líneas rotativas concéntricas, expresa vitalidad, diversidad e interdependencia, así como movimiento y progresión. La vitalidad se relaciona con la mayor capacidad mental y espiritual de las personas de edad. La diversidad alude a las experiencias acumuladas a lo largo de la vida. Todas ellas son los elementos que conforman “una nueva era para la tercera edad” y “la tercera edad en una nueva era”. Todas ellas son un principio inspirador para construir una sociedad para todas las edades.



**Instituto de  
Geriátría**

# Anexos

## Anexo 1

### **Grupo de Trabajo *Ad Hoc* para el estudio de factibilidad de la creación del Instituto Nacional del Envejecimiento y la Salud**

#### **Coordinador**

- Alberto Lifshitz, Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud.

#### **Secretario**

- Francisco Becerra Posada, Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretario.

#### **Integrantes** (en orden alfabético)

- Carlos D´hyver de las Deses. Coordinador de Geriátría ABC Medical Center, IAP. Profesor Titular de la Especialidad de Geriátría y miembro del Comité Académico de Postgrado de Geriátría, Facultad de Medicina, UNAM.
- Carmen García Peña, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
- Magdalena González Furlong, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- Juan Carlos González Llamas, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- Enrique Graue, Facultad de Medicina, UNAM.
- María de Guadalupe Juárez Hernández, Centro Gerontológico “Arturo Mundet”, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Agustín Lara Esqueda, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
- María Esther Lozano, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
- Rafael Lozano, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.
- Virgilio Partida Bush, Consejo Nacional de Población.
- Helene Payette, Instituto Canadiense del Envejecimiento.
- Enrique Piña Garza, Facultad de Medicina, UNAM.
- Enrique Ruelas Barajas, Consejo de Salubridad General.
- Nelly Salgado de Snyder, Instituto Nacional de Salud Pública.
- José Cuauhtémoc Valdés Olmedo, Fundación Mexicana para la Salud.
- Sergio Valdés Rojas, Centro Gerontológico “Arturo Mundet”, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Alberto Valencia Armas, Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Anexo 2

### Grupo de Trabajo Administrativo

---

#### **CCINSHAE**

Alberto Lifshitz G.  
Raúl Enríquez  
Guadalupe Rico

Carlos D'Hyver Wichers  
Rocío Magallón Mariné  
Sergio Valdez Rojas  
Bertha Castellanos Muñoz

#### **Grupo de Trabajo del IG**

Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
María del Rosario Escobar Villalba  
Elizabeth Caro López  
José López Franchini

#### **Investigación**

Héctor Gutiérrez Ávila  
Enrique Piña  
Cecilia Rodríguez Dorantes  
Antonio Villa Romero

#### **Grupo de Trabajo por área**

##### **Enseñanza**

Flor María de Guadalupe Ávila Fematt  
Elizabeth Caro López

#### **Seminario de Biología del Envejecimiento**

Clorinda Arias  
Mina Könisberg  
Rafael Villalobos

## Instituto de Geriátría 2009

---

### **Dirección**

Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Esperanza Uribe Álvarez

### **Enseñanza**

Flor María de Guadalupe  
Ávila Fematt  
Elizabeth Caro López  
María Isabel Negrete Redondo  
Sandra Luna Pérez  
Mariano Montaña Álvarez  
Oscar Rosas Carrasco  
Gabriela Ríos Cázares

### **Planeación**

José López Franchini  
Mariano Gascón Villa  
Francisco Mendoza Díez  
Héctor Efrén Lara Dávila  
Eduardo Ángeles Velázquez  
María Milagros Sánchez Becerril

### **Administración**

Rosario Escobar Villalba  
Moisés Galván Vargas  
Enrique Cortez Cortez  
Marco Antonio Sánchez Robledo



