



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Maestría en Medicina Social

**Análisis de los Modelos de Atención a la Salud
de las Personas Adultas Mayores**

**Idónea Comunicación de Resultados que para obtener el grado de Maestra
en Medicina Social presenta:**

Esperanza Uribe Álvarez

Director: Dr. Sergio López Moreno

Agosto, 2017

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es tema en un sinnúmero de espacios, es uno de los desafíos más urgentes que debe atender la sociedad, es hora entonces que desde la Medicina Social se mire este reto y se añadan elementos para su abordaje, la atención a la salud de las personas adultas mayores es un asunto impostergable de atender.

Así el presente estudio propone un acercamiento a los modelos de atención a la salud y agrega a los planteamientos médico sociales, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades, pues mostrarán una panorámica de las posibilidades que hay ante nosotros para forjar nuevas propuestas y reconocer los avances que ya han ocurrido.

El crecimiento de la población adulta mayor en México es una realidad como también lo es el poco reconocimiento que se da a las personas mayores como participes en la toma de decisiones sobre su propia salud. Se avizoran cambios en el Sistema Nacional de Salud, así que tiene pertinencia exponer ¿qué modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores se aplican en México? ¿Cuáles son sus componentes? ¿Qué sustento teórico tienen sus acciones?

La presente investigación también se planteó identificar las características que debería tener un modelo de atención a la salud de las personas adultas mayores basado en la perspectiva de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades.

Al establecer un Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Mayores se comparó con los modelos de atención a la salud que operan en México, se identificaron sus principales diferencias y se delinear algunos puntos para la discusión tendientes a proponer ajustes a fin de lograr una atención para la salud de las personas mayores con perspectiva médico social.

Los preceptos de la Medicina Social ponderan la necesidad de reconocer la determinación social del proceso salud–enfermedad y cómo incorporarla en los servicios de salud para la atención a los mayores.

El Enfoque de Derechos es marco para destacar la importancia de incluir a las personas adultas mayores como sujetos de derecho en su propio proceso salud–enfermedad, así como para avanzar en el reconocimiento de su derecho a la salud.

Con el Enfoque de Capacidades se evidencia la distancia entre los modelos que aplican las instituciones públicas responsables de la atención a la salud de las personas adultas y las demandas y expectativas de los mayores.

Además de esbozar la situación demográfica, social y económica de las personas adultas mayores, se refieren sus condiciones de salud, pues dichos aspectos deben ser

correspondientes con los modelos que se desarrollan en las instituciones de salud para su atención.

Posteriormente se revisan los modelos de atención que se aplican en instituciones del Sistema Nacional de Salud: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Seguro Popular.

Para el estudio propuesto de los modelos se refiere el procedimiento metodológico que sustentó, primero, la elaboración de un Modelo Ideal basado en las premisas de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades, posteriormente se realizó un análisis del discurso a los documentos de las instituciones ya nombradas.

Los resultados se presentan de forma gráfica y sistemática de acuerdo con las dimensiones especificadas antes de mostrar un modelo general de atención a la salud de las personas mayores, con base en las diferencias observadas entre el modelo ideal y los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que operan en México.

Para concluir se consideran como puntos para la discusión el fundamento teórico, la noción de salud, sujeto y finalidad de la atención, tipo de abordaje, visión de integralidad, principios de los derechos humanos, capacidades personales y capacidad de agencia con base en las dimensiones consideradas en el análisis.

INTRODUCCIÓN

A partir de su identificación como proceso demográfico y de salud pública, el envejecimiento poblacional ha sido considerado un reto. Particularmente desde el ámbito de la salud pública, preocupa la dinámica de crecimiento en razón del incremento de la demanda de servicios de salud. No obstante, este proceso no se puede reducir a un problema de costos, pues se sabe muy bien que la prestación de servicios básicos e integrales impacta directamente en el bienestar de las personas mayores.

En este marco es donde tiene pertinencia el presente estudio, que plantea analizar la estructura y características fundamentales de los Modelos de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores. El panorama resulta más complejo ante la eventual reforma al sistema de salud, que indudablemente tendría un impacto en las instituciones responsables y las propias personas adultas mayores.

El Sistema Nacional de Salud, creado hace más de siete décadas, ha tenido varias

reformas; sin embargo, la tendencia actual se orienta hacia la protección social de la salud. En contraparte el denominado *Modelo de Atención Integral a la Salud, Documento de Arranque*, presentado por la Secretaría de Salud en 2015, reconoce dos problemas: i) la segmentación del sistema de salud (definido como la coexistencia de subsistemas dirigidos a grupos específicos de población según su capacidad de pago y régimen laboral), y ii) la fragmentación de los servicios (definido como la coexistencia de establecimientos o unidades encargadas de proporcionar, cada una, atenciones especializadas diferentes, al margen de la red sanitaria).

Con respecto a la atención de las personas adultas mayores, desde hace varias décadas la literatura ha identificado diversas situaciones que es necesario tomar en consideración, como: deficiencias de los modelos originadas porque la atención está centrada en la enfermedad; el hecho de que las personas posean mayor capacidad para comparar la calidad de los servicios; las evidencias indican que el sistema de salud no satisface las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios, así como la presencia de fallas en la coordinación y articulación de las actividades implicadas en los servicios de salud (Durán Arenas, García Peña, García y Ordieres Ruiz, 2012). Un hecho no menos relevante es que aún se considera al envejecimiento como sinónimo de enfermedad y a las personas mayores como pacientes. Dicha adscripción homogeniza a los adultos mayores como enfermos, perdiendo de vista que se trata de un grupo heterogéneo y diverso.

La apuesta del presente estudio es identificar los componentes de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, mediante la definición de un modelo ideal que considere la perspectiva médico social, el enfoque de Derechos Humanos y el enfoque de Capacidades. Proponemos que este enfoque puede destacar aspectos que actualmente resultan fundamentales para la discusión de los nuevos abordajes.

I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El envejecimiento poblacional trae consigo un aumento en la demanda de servicios de salud, por ello la presente investigación propone responder:

¿Qué sustento teórico tienen los modelos para la atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México y cuáles son sus componentes?

¿Los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México se circunscriben a brindar atención curativa en el marco del derecho a la protección social de la salud?

II. ANTECEDENTES

SITUACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA CON ÉNFASIS EN LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO

Los modelos de atención a la salud que se aplican en México son analizados en la presente investigación, si bien cada uno de ellos responde a instituciones específicas, son personas adultas mayores quienes tienen acceso a los servicios y programas, de ahí que sea fundamental referir las características socio-demográficas y las condiciones de salud de los mayores, dichos aspectos son abordados en esta sección.

Envejecimiento poblacional en México

La dinámica demográfica en México, al igual que su historia, es heterogénea y diversa; el impacto de los movimientos políticos y sociales configuran el envejecimiento de manera específica y dan lugar a múltiples posibilidades para la comprensión del proceso de envejecimiento poblacional y para la generación de respuestas; por ello es imprescindible observar un conjunto de datos que nos aproximen a las realidades de las personas adultas mayores de nuestro país.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 (Inegi, 2016), la población mexicana de 60 años y más asciende a 12.4 millones, es decir 10.4 por ciento de la población total.¹

Reconocer la feminización del envejecimiento hace posible la definición de modelos y programas, de ahí es importante mencionar que en este grupo poblacional existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres. El Consejo Nacional de Población (Conapo, 2015) estimó que para 2017 la esperanza de vida al nacer sería de 77 años para las mujeres y de 72 años para los hombres.

Respecto a la edad de las personas, quienes tienen de 60 a 64 años representan el 31 por ciento de la población adulta mayor; sin embargo el núcleo más numeroso lo integran quienes tienen de 65 a 84 años (62%); por el contrario quienes tienen 85 y más años conforman el grupo de edad minoritario (7%).

La relación de dependencia en la vejez establece la proporción de personas mayores de 65 años, con respecto a la población entre los 15 y 64 años, es decir la población en edad productiva. Para el año 2010 existen aproximadamente 9.7 personas dependientes por vejez por cada 100 personas en edad productiva (Cárdenas Varela, González González, y Gutiérrez Ávila, 2012).

Para dar muestra del proceso de envejecimiento poblacional que se vive en México y al cual deben corresponder los modelos de atención hay que señalar que el 74.3% de las personas mayores sabe leer y escribir; mientras que el restante 24.6% no posee estas habilidades.

Respecto al lugar de residencia, el citado censo ubicó que el 74% de las personas mayores habitaba en zonas urbanas, mientras que el 26% restante residía en localidades rurales; cercana a esta situación se contabilizó que 958 mil 259 adultos mayores son hablantes de lengua indígena, los principales idiomas son náhuatl, maya, zapoteco, mixteco y otomí.

Según el Censo 2010, en 7.4 millones de casas particulares residen habitualmente personas de 60 y más años, en donde se dispone de bienes como: televisión (89.7%); refrigerador (82.5%); radio (77.5%) y lavadora (65.7%); pero sólo el 22.3% tiene computadora y el 17.1% acceso a internet.

El lado opuesto, según el mismo documento, lo representan mil 558 personas que viven en situación de calle; no obstante, la posición intermedia la representan 34 mil personas mayores que habitan en colectivo y se detalla que el 44% vive en casa hogar para adultos mayores o asilo de ancianos; 20.3% en convento, monasterio, congregación religiosa o seminario; 16.1% en cárcel, prisión, reclusorio, penitenciaria, colonia penal; 7.2% habita en hospital sanatorio, casa de salud, centro de tratamiento médico; 2.8% pensión, casa de huéspedes o casa de asistencia.

Una parte de la subsistencia de las personas mayores quizá sea segura para cuatro de cada diez adultos, pues se registra que reciben algún apoyo gubernamental y sólo tres de cada diez recibe alguna pensión por invalidez, vejez o cesantía (Inegi, 2014). Para completar este panorama es fundamental reconocer la situación de pobreza en la que se ubica 5.7 millones de personas mayores, lo que representa el 43.7% del total de la población de adultos de 60 y más años (Inegi, 2016).

Condición de salud de las personas adultas mayores

Más allá de los datos numéricos hay una realidad diversa y cambiante en la que convergen personas con trayectorias únicas e instituciones con visiones acordes a la construcción de un mundo global. Ahí entonces, habrá que observar de qué manera confluyen las necesidades que demanda la población de adultos mayores y la atención que se brinda en programas y servicios de salud.

De esta forma, resulta obligatorio revisar las actuaciones que desde la política pública se realizan para la atención de las personas adultas mayores, a fin de actualizar la agenda pendiente en la materia; en este sentido aproximaciones previas coinciden en el carácter asistencial y curativo que ha predominado en las intervenciones en salud (Vivaldo Martínez M., Martínez Maldonado ML., 2012).

El Anuario de morbilidad 2016 (Dirección General de Epidemiología, 2017) refiere como principales enfermedades registradas para el grupo de adultos mayores:

- | | |
|--|--|
| 1. Infecciones respiratorias agudas | 8. Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) |
| 2. Infecciones en vías urinarias | 9. Hiperplasia de la próstata |
| 3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 10. Insuficiencia venosa periférica |
| 4. Úlceras, gastritis y duodenitis | 11. Obesidad |
| 5. Hipertensión arterial | 12. Neumonías y bronconeumonías |
| 6. Gingivitis y enfermedades periodontales | 13. Otitis media aguda |
| 7. Conjuntivitis | 14. Enfermedad isquémica del corazón |
| | 15. Depresión. |

Estos padecimientos pueden presentarse de manera simultánea, 35 de cada 100 adultos mayores presentan multimorbilidad² (Instituto Nacional de Geriátrica, 2016).

Como parte de las condiciones de salud de las personas mayores de 60 años, la Encuesta Nacional Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) registra que se tiene dificultades para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en 18 y 10.6 por ciento respectivamente.

En cuanto a la distribución de la discapacidad por grupo de edad quienes tienen 85 o más años, concentran el 58.7%; de 65 a 84 años, significan el 28.4%; mientras que los de 60 a 64 años, el 14.6%.

En el año 2014 se registraron en México alrededor de 633 mil muertes totales, de las cuales el 63.8% ocurrió en adultos mayores de 60 años; donde las principales causas de mortalidad fueron: diabetes mellitus (17.1%); enfermedades isquémicas del corazón (16.9%); enfermedades cardiovasculares (6.8%); enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.7%); enfermedades hipertensivas (4.7%); enfermedades del hígado (4.4%) y neumonía (3.3%) (Inegi, 2016).

Para el análisis propuesto resulta de primera importancia saber a qué instituciones acuden las personas adultas mayores, así en el año 2010, aproximadamente tres de cada diez personas no son derechohabientes en alguna institución de salud; mientras que 7 de cada diez sí cuenta con derechohabencia a servicios de salud; al respecto entre el Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal aplicada en 2015 se muestran variaciones importantes, pues luego de cinco años resulta que 86.3% de las personas mayores de 60 años son derechohabientes; sobre la adscripción también se muestran cambios sustantivos pues el Sistema de Protección Social en Salud aumentó considerablemente el número de afiliados pues pasó de 28.1 a 40.9%.

Por el contrario, las instituciones que disminuyeron el número de derechohabientes adultos mayores fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que pasó de 53.4

a 42.7%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de 12.8 a 10.1%; Pemex, Defensa o Marina decreció de 2 a 1.6% y otras instituciones pasaron de 2 a 1.2%. En el mismo estatus se mantuvieron las instituciones privadas 2.3%; ISSSTE estatal, 1.2%.

Directamente ligado a las políticas en salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed, 2017), institución facultada para facilitar la solución de controversias entre las personas y los prestadores de servicios médicos, reporta en su Informe 2016 que se concluyeron 380 gestiones inmediatas presentadas por personas adultas mayores, ello representa el 31 por ciento de los mil 208 asuntos atendidos de esta forma; dichas gestiones se resuelven ante el prestador del servicio y dado el carácter del asunto su desahogo es inmediato.

Llama la atención que en dichas gestiones principalmente se hicieron señalamientos al IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Hospitales Privados, Hospitales Federales de la Secretaría de Salud y Pemex.

Sobre los motivos de las gestiones el Informe 2016 de la Conamed consigna que se trató principalmente del diagnóstico, tratamiento médico, relación médico paciente, deficiencias administrativas y/o institucionales y tratamiento quirúrgico.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2016), en su Informe de actividades, refiere que se atendieron 7 mil 651 expedientes, destaca que entre las cinco principales autoridades a las que fueron remitidos asuntos, tres corresponden a instancias relacionadas con temas de salud: Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Órgano Interno de Control en el IMSS, y Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

La CNDH emitió un total de 71 recomendaciones a diversas autoridades, en primer lugar está el IMSS con 15. Entre los hechos violatorios más frecuentes considerados en las recomendaciones están: negligencia médica y omisiones en cuanto a proporcionar atención médica, implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud, brindar el servicio de hospitalización o dar información sobre el estado de salud, entre otros motivos.

Este breve panorama permite caracterizar a la población adulta mayor de México, así en un contexto complejo es posible entender la importancia de las políticas públicas y de las estrategias dirigidas a este grupo poblacional. En el siguiente acápite se presentan los planteamientos de las principales instituciones públicas que atienden la salud de las personas mayores a fin de ubicar cada uno de los modelos en el contexto organizativo donde se desarrollan.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE OPERAN EN MÉXICO

Previo al análisis es oportuno referir las atribuciones, misión, objetivos y alcance de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, lo cual permitirá distinguir cada una de las propuestas institucionales que se implementan en nuestro país.

Para la presente investigación se tomará en cuenta los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que aplican la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar); todas ellas instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud en México. Cabe mencionar que dado el rol asignado a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) también se considerará para el análisis.

El Sistema Nacional de Salud, como lo establece la Ley General de Salud, tiene entre sus atribuciones:

Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas. (Congreso de la Unión, 2014)

Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud (SSA) es la instancia del Gobierno Federal, creada en 1943, cuya misión es establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud. Dada su atribución para instituir las políticas nacionales en materia de salud su estructura se conforma por tres subsecretarías: Administración y Finanzas, Integración y Desarrollo del Sector Salud; así como Prevención y Promoción de la Salud; en estas dos últimas recayó la facultad de elaborar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) y el Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013–2018, respectivamente.

El documento *Modelo de Atención Integral a la Salud, Documento de Arranque* presentado por la Secretaría de Salud (2015) advierte dos problemas: la segmentación del sistema de salud (coexistencia de subsistemas dirigidos a grupos específicos de población según su capacidad de pago y régimen laboral) y la fragmentación de los servicios (coexistencia de establecimientos o unidades al margen de la red sanitaria).

Aunque también resulten prioridad temas relacionados con los recursos e infraestructura, orientados por la propuesta de unificar el Sistema Nacional de Salud, se habla de

subsanan las fallas y prestar servicios de calidad mediante la institucionalización de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAI), que permita la homogenización de los servicios.

Es ineludible referir este modelo que, en correspondencia con el Programa Sectorial de Salud, está alineado con las estrategias y programas que se aplican en las instituciones públicas de México y cuya finalidad es la protección de la salud, en los términos que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así, esta propuesta también se relaciona con los programas dirigidos a las personas adultas mayores. Según la información oficial, el llamado MAI apunta a que los servicios de salud puedan responder a los nuevos desafíos epidemiológicos con base en los planteamientos de renovación de la Atención Primaria de Salud.

El objetivo del MAI es:

Contribuir a homogenizar los servicios y prácticas del Sector Salud, así como, optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura en salud, incentivando los mecanismos y procesos de la participación ciudadana democrática, para avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2015)

El Programa de Acción Específico, Atención del Envejecimiento 2013–2018 propone acciones y convoca a la participación intersectorial para generar vínculos de trabajo con diversas dependencias e instituciones para lograr la transversalidad de la salud en todas las políticas.

Así, en el documento se resalta la aplicación de un enfoque de prevención que incluye “intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales” en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

Este programa es fundamental para el análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores porque delinea las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que implica su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del mencionado programa es: establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia (Secretaría de Salud, 2014).

Las estrategias que conforman el programa son seis:

1. Fortalecer mecanismos rectores para atender las patologías de mayor relevancia con perspectiva de género.
2. Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud en temas relevantes para la atención de las personas adultas mayores.
3. Promover la realización de investigaciones sobre enfermedades crónicas en la población blanco, su análisis y difusión de resultados.

4. Gestionar modelos de atención geronto-geriátricos con atención multidisciplinaria, en unidades de primer nivel de atención.
5. Fomentar la atención integral de las enfermedades de mayor prevalencia, para la persona adulta mayor.
6. Analizar y evaluar los datos provenientes de los sistemas de información en salud.

Referir los lineamientos y metas que la Secretaría de Salud ha planteado, como instancia coordinadora del Sector, es imprescindible porque los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que operan las instancias públicas de salud deben guardar correspondencia con lo aquí expuesto.

Instituto Mexicano del Seguro Social

En 1943 se funda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para los trabajadores y sus familias (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016).

El IMSS funge como institución administradora de riesgos de acuerdo con la Ley de Seguridad Social, lo que le permite proporcionar prestaciones en especie y dinero; además es una entidad prestadora de servicios al fomentar la salud de sus asegurados y sus familias, pensionados y estudiantes.

El programa GeriatrIMSS (2015) tiene como propósito mejorar la calidad en los servicios institucionales, garantizar la instrucción de técnicas que han mostrado ser más eficaces, seguras y costo-efectivas en los cuidados del adulto mayor; disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Los servicios que se prestan en el marco de este programa son apoyo especializado del área médica, enfermería, nutrición, rehabilitación y socio-familiar, así como todas aquellas áreas que intervienen en caso de hospitalización. También se capacita al personal médico de especialidades sobre el proceso de envejecimiento para procurar una mejor la calidad de vida de las personas luego de su egreso hospitalario.

Otra área del IMSS en donde se presta atención a los derechohabientes adultos mayores es la División de Promoción a la Salud, en donde se fomenta el autocuidado de la salud de adultos mayores de 60 años y más, para reforzar factores de protección, habilidades para la vida y hábitos saludables, así como fortalecer redes sociales e institucionales.

Las áreas de Enfermedades Inmunoprevenibles y Semanas Nacionales de Salud, adscritas a la División de Prevención y Detección de Enfermedades, realizan actividades como prevención de enfermedades mediante la vacunación; así como detección y

tratamiento de tuberculosis pulmonar, además aplican un programa de detección de enfermedades crónicas y cáncer.

También el área de Medicina Familiar refiere la realización de evaluaciones integrales sobre aspectos biológicos, psicológicos y condiciones socioeconómicas individuales; plantea que su modelo está centrado en cuidar, orientar, controlar factores de riesgo y proveer autonomía e independencia funcional.

Es importante señalar que a través de la Coordinación de Bienestar Social se aplica el *Modelo de Atención Social a la Salud* en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores con el objeto de que las personas lleguen a su vejez conservando el mayor tiempo posible su independencia funcional; es decir, que puedan seguir resolviendo por sí solos sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue creado por iniciativa presidencial en 1959, tiene por finalidad la administración de los seguros, prestaciones y servicios amparados por Ley para garantizar a los trabajadores en activo, jubilados, pensionados y familiares derechohabientes el goce de su derecho a la seguridad social (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, 2009).

A través del Plan Rector se consolida el Modelo de Atención Preventiva, PrevenISSSTE, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, de forma incluyente y sustentable, privilegiando las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, alineándose con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, 2012).

Respecto a la atención a la salud de las personas adultas mayores que se presta en el ISSSTE sobresale el Programa de Envejecimiento Saludable por el cual se ha capacitado aproximadamente a 2 mil 150 médicos, además cuenta con 122 módulos gerontológicos en el primer nivel de atención con el objetivo de preservar la funcionalidad, evitar la discapacidad y retrasar las enfermedades más comunes de este grupo, así como evitar las repercusiones individuales y en la familia.

A fin de contribuir al bienestar y al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, considerando su contexto sociocultural y sus derechos a través de una atención médica acorde con sus expectativas y necesidades; así como la promoción de actividades educativas, recreativas y culturales que favorezcan la independencia, la autosuficiencia y el desarrollo personal, el ISSSTE ha generado una Política Institucional para la Atención Integral de las personas adultas mayores, cuyos ejes rectores son: a)

Desarrollo Integral Gerontológico, b) Promoción del Envejecimiento Saludable y c) Promoción de los Derechos Humanos.

En el rubro de las prestaciones económicas, el Instituto eliminó el pase de vigencia presencial a jubilados y pensionados, redujo de 6 meses a 10 días hábiles el primer pago de pensión, además aumentó el número de préstamos personales a pensionados.

La Subdirección de Atención al Derechohabiente tiene a su cargo el Centro de Estudios y Apoyo al Adulto Mayor en donde se capacita a cuidadores y se llevan a cabo diplomados en gerontología³, trabajo social, enfermería gerontológica, psicogerontología, tanatología y cuidados paliativos por mencionar algunos. También hay actividades en las que participa la familia de las personas mayores.

La atención que ofrece el Instituto es diversa y abarca desde programas geriátricos y la atención en siete casas de días, hasta grupos de ayuda mutua, programas geriátricos–recreativos y Deportissste.

Un hecho relevante es que la Secretaría General del ISSSTE ocupa la presidencia del Comité Intergubernamental del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) se creó en 2004 como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, de acuerdo con el Artículo 4º. de su Reglamento Interno corresponde a dicha Comisión: Instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema.

Este organismo es responsable de la provisión de servicios médicos a la población sin seguridad social que previamente se ha afiliado a este esquema de protección financiera.

Para lograr su objetivo la Comisión cuenta con diversas estrategias y programas de atención a la población, entre ellos Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico Siglo XXI y Oportunidades en su componente de Salud y Cirugía Extramuros (Seguro Popular, 2014).

El Catálogo Universal de Servicios de Salud, *Causes*, es el documento donde se refieren las intervenciones a las que tienen derecho los beneficiarios del Seguro Popular, organizadas en seis conglomerados: consulta de medicina general, familiar y de especialidad; salud pública, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía general.

El Seguro Popular no cuenta con un modelo de atención dirigido específicamente a las personas adultas mayores, debido a que es sólo un mecanismo de financiamiento a través del cual el Estado garantiza el acceso a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que se incluyen en el *Causes* y a 61 intervenciones del Fondo Protección contra Gatos Catastróficos (FPGC). Como parte del *Causes* y

del FPGC hay 31 intervenciones dirigidas específicamente para las personas adultas mayores como son vacunación contra el neumococo y la influenza; diagnóstico y tratamiento de padecimientos como hipertensión arterial, osteoporosis, angina de pecho y asma; así como tratamiento quirúrgico de glaucoma por mencionar algunas acciones.

Secretaría de la Defensa Nacional

La Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), a través de la Dirección de Seguridad Social Militar (DSSM) desarrolla el programa *Atención Integral de las Personas Adultas Mayores: Buenas Prácticas*, el cual está dirigido a militares adultos mayores retirados o en activo. El objetivo de la atención médica es mantener o recuperar la salud y por consecuencia la independencia, el estado funcional, cognitivo y afectivo, evitar la polifarmacia, reducir el ingreso a hospitales, reducir el costo médico y prevenir la discapacidad (Dirección General de Seguridad Social Militar, 2016).

Los derechohabientes pueden acceder a un conjunto de prestaciones como actividades recreativas o de esparcimiento, educativas, de asistencia social y servicios de salud. La DSSM señala que como parte del derecho a la salud se ofrecen servicios médicos en toda la República mexicana.

Por su parte del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas es responsable de la Casa Hogar para Militares Retirados, donde se ofrece al personal militar en retiro una alternativa para mejorar su calidad de vida en un ambiente confortable con servicios altamente profesionales y el reencuentro con compañeros de generación.

Secretaría de Marina

El objetivo de la atención a personas adultas mayores que presta la Secretaría de Marina (Semar) es realizar intervenciones de promoción de salud, así como prevención y control de las enfermedades para lograr una vejez activa y saludable.

El modelo de la Semar incluye intervenciones a las que califica como sencillas, de bajo costo y alto impacto para beneficiar a la población de adultos mayores que considera un grupo vulnerable porque señala que un gran porcentaje sufre dependencia tanto física, como económica.⁴

Así, realiza actividades preventivas y de control de padecimientos frecuentes en la población de 60 años y más como parte de la Semana de la Salud que se efectúa en los establecimientos de Sanidad Naval.

La Semar hace énfasis en mostrar que un equipo inter y multidisciplinario fomenta el autocuidado y el control de lo que denomina enfermedades propias del adulto mayor. Conviene mencionar otros componentes de su modelo como prevención de enfermedad,

educación para la salud, comunicación educativa, participación social comunitaria, valoración geriátrica integral (biopsicosocial y espiritual) a todos los adultos mayores derechohabientes, retirados y pensionados en el área de consulta externa y hospitalización de los diferentes establecimientos médicos.

Esta revisión de las instituciones públicas de salud que atienden a las personas mayores muestra ciertas coincidencias en sus objetivos; valga señalar para finalizar esta sección que respecto a los enfoques si hay diferencias. Ahora es posible presentar conceptualmente las características de un modelo.

III. MARCO TEÓRICO

En este apartado se refieren las premisas y conceptos de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades, a fin de proponer un *Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores* que enmarque el análisis de los modelos que operan en la realidad.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Un modelo científico es la representación sintética de una teoría; es decir, constituye una muestra particular de la explicación general mediante la articulación de lo abstracto y lo concreto; de este modo es posible someter a la teoría a la comprobación empírica (Rosenblueth, 1993).

El término modelo proviene del latín *modulus* (molde, módulo), el cual alude a una cantidad que sirve de medida o tipo de comparación en determinados cálculos. En el plano de la investigación científica, la noción de modelo, se entiende como un instrumento de producción y exposición de conocimiento (Le Moigne, 1987).

En las ciencias sociales se introduce este vocablo en la década de 1940, para referir a una representación o construcción simplificada de un conjunto de fenómenos que explican la realidad o actúan sobre ella. En síntesis, se puede decir que se trata de una abstracción de la realidad que permite conocer las relaciones entre factores considerados importantes en el funcionamiento de un sistema (Ander-Egg, 1995).

En la sociología se ha dado diferentes acepciones a la palabra modelo:

- Como *tipo ideal* (Weber)
- Como *paradigma* (Merton)
- Como *mecanismo oculto* (Paretto, Parsons).

Desde la perspectiva sistémica, un modelo corresponde a una construcción pragmática para simular ciertos aspectos de un sistema considerado como original. Un modelo puede elaborarse de forma análoga al original o como representación ideal de las relaciones entre los elementos componentes del original.

Para retomar lo anterior, se considerarán los componentes y relaciones que implica el proceso salud-enfermedad a fin de aproximarse específicamente a los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, efectuar el análisis propuesto y caracterizar lo que podría denominarse *Modelo General de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores*.

Sobre los determinantes del proceso salud–enfermedad se han planteado diferentes modelos que responden a un tiempo, una cultura y una forma de organización social; lo cual se expresa en el nivel científico–tecnológico. De acuerdo con Arredondo (1992); se refieren los principales modelos para el abordaje del mencionado proceso:

Modelo mágico–religioso. Fuerzas o espíritus constituyen las determinantes y condicionantes del estado de salud–enfermedad de un individuo o sociedad. Aunque facilita la aceptación de la muerte, su desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre.

Modelo sanitarista. Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, su principal limitante es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

Modelo Social. El elemento central que propone es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Su problema fundamental es que en su aplicación, como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales.

Modelo Unicausal. La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos, busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad.

Modelo Multicausal. La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional, a través del análisis de estas variables se puede conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre el cual se puede actuar preventivamente. Su principal desventaja es que no establece el peso específico de cada factor y hace énfasis sobre lo biológico e individual.

Modelo Epidemiológico. Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, su limitación fundamental es que el

valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables.

Modelo Ecológico. Explica que la salud-enfermedad resulta de la interacción agente–huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto pero no abunda sobre la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social.

Modelo Geográfico. La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social, como parte de los factores geógenos, no le da la suficiente importancia como determinante del proceso.

Modelo Económico. Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud-enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad.

Modelo Interdisciplinario. El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Su principal desventaja es que no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto no pondera el valor específico de cada determinante.

Modelo Histórico-Social. Desde esta perspectiva existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Su aporte es que incorpora la dimensión histórico-social al análisis epidemiológico y como categorías la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales de la dimensión histórica.

Los modelos revisados hasta aquí explican el proceso salud-enfermedad, para los fines de este análisis es importante tenerlos en cuenta porque sus visiones y posturas pueden derivar en estrategias, programas y servicios a los cuales podrían tener acceso las personas adultas mayores.

Modelo Médico Hegemónico

Para la visión médico social es importante el abordaje que realiza Eduardo Menéndez (1992) al caracterizar el Modelo Médico Hegemónico (MMH); primero, define los modelos como instrumentos metodológicos que incorporan determinados rasgos estructurales; para el caso de los modelos médicos dichas construcciones enmarcan la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de quienes curan, en este caso los médicos, así como la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

El mismo autor refiere que a partir de la década del sesenta se cuestionó la eficacia y eficiencia de la medicina denominada científica en diversos estudios y análisis en torno al aumento del costo de la atención, al crecimiento correlativo de la intervención médica y al predominio de criterios de productividad que tuvieron consecuencias como la crisis de los sistemas de seguridad social, el alto consumo de fármacos que provocan efectos negativos en la salud, la estandarización de intervenciones quirúrgicas y el detrimento de la calidad.

Menéndez denomina *medicalización* al conjunto de prácticas, ideologías y saberes cuyo alcance está más allá de lo preventivo y curativo pues establece criterios de control y normatización (1992). Asimismo caracteriza el MMH por rasgos componentes como:

- Biologismo
- Ahistoricidad
- Individualismo
- Salud/enfermedad como mercancía⁵
- Orientación básicamente curativa
- Relación médico/paciente asimétrica
- Paciente como responsable de su enfermedad
- Predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad
- Tendencia a la medicalización de los problemas.

Las funciones que se reconocen al MMH están situadas en tres ámbitos: económica (económico–ocupacional), política (curativa, preventiva y de mantenimiento) e ideológica (control, normatización y legitimación).

La revisión de estos modelos permite ubicar, desde el campo teórico, los componentes fundamentales del proceso salud-enfermedad; particularmente, del Modelo Histórico Social y del Modelo Médico Hegemónico se destacan características relacionadas con la concepción de la salud, el propósito de la atención y a quien se dirige; respecto a la atención de la salud que se brinda a las personas adultas mayores se visualizan aspectos que desde un modelo ideal con perspectiva médico social considerados.

ENFOQUES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA PROPUESTA DE UN MODELO IDEAL

La Medicina Social como campo de conocimiento sustenta *el Análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores* que se propone, a fin de explicitar la orientación y los componentes que enmarcan la atención dirigida a los mayores, de esta forma será posible proponer ajustes para una atención basada en la perspectiva médico social.

LA MEDICINA SOCIAL Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

Resulta fundamental exponer de manera breve los antecedentes, principios y alcances de esta perspectiva. En 1848, inició en Alemania un movimiento por la reforma de la medicina que pugnaba por el reconocimiento de la ciencia médica como una ciencia social; sus precursores Rudolf Virchow y Salomon Neumann coincidían en señalar que tanto las condiciones económicas como sociales influían en la salud y enfermedad de las personas.

Neumann planteaba que la sociedad entera debía congregarse en torno a la salud del pueblo por lo que debía investigarse su relación con las condiciones sociales y económicas, de esta forma podrían adoptarse medidas tanto sociales como médicas para combatir la enfermedad y promover la salud (Rosen, 2005).

Estos presupuestos debían ser objeto de una discusión teórica para que la medicina pudiera cumplir su misión de intervenir en la vida política y social. Virchow propuso discutir la relación entre los problemas médicos y los derechos sociales y políticos.

Aun sin una posición tan clara de la medicina como una ciencia social, en Gran Bretaña también se avanzó hacia una orientación social de la salud y de la enfermedad; diversos médicos y administradores observaron la relación de esas condiciones con la frecuencia de enfermedades, a partir de lo cual estimaron que dichos nexos debían ser estudiados de forma rigurosa, utilizando materiales y métodos estadísticos.

Paulatinamente se desarrolló un corpus teórico cuyo centro sería el reconocimiento de que para lograr la salud de las personas era necesario tanto medidas médicas como sociales.

Las posturas del movimiento alemán no tuvieron eco ante el Estado liberal; transcurriría casi un siglo para que desde otra perspectiva se diera valor a esas condiciones. Mercer explica:

La tradición teórica del funcionalismo se enlaza coherentemente con dicho planteo al determinar una serie de funciones técnicas (salud, educación, economía, religión, etc.) que se estima son necesarias para la estabilidad de la estructura social. Otra de las características fue el énfasis dado al consenso de valores o acuerdo ideológico existente en torno a cuestiones básicas. Obviamente se visualizaba también este acuerdo

como uno de los requisitos para mantener el equilibrio social, generando así una dependencia moral de la sociedad en el mantenimiento de dicho consenso. (Mercer, 1975)

En Latinoamérica toman auge los postulados médico sociales en el marco de la movilización social que se manifiesta contra los efectos del modelo económico desarrollista que a partir de la década del sesenta se implanta. Son los inicios y ya se observa el deterioro de la salud pública; los cambios en la producción y la desigualdad en las condiciones de vida y trabajo implicaron la coexistencia de enfermedades de la pobreza y de la riqueza.

En 1972 en Cuenca, Ecuador se realizó la 1ª. Reunión *Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud*, en donde se abordó la importancia de incorporar la visión de las ciencias sociales en la formación de profesionales de la salud.

Iriart, Waitzkin, Estrada y Merhy (2002) refieren que principalmente con la formación de grupos académicos para la apertura de diversos centros de investigación y docencia, y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se impulsó el estudio sobre la salud–enfermedad y las determinantes de clase social, así como de la educación médica.

En encuentros, reuniones y centros de investigación la naciente Medicina Social latinoamericana definió sus líneas de estudio, investigación y reflexión, así como sus campos de acción académica, política y social. Actualmente más allá de Argentina, Brasil, Ecuador, México y Nicaragua desde la visión médico social se generan propuestas de abordaje a los problemas y retos de la población.

Retomando estas premisas es pertinente el estudio de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores desde la perspectiva médico social, pues de esta forma se pueden identificar los vacíos y requerimientos para la atención a la salud de los mayores con apego a sus condiciones, derechos y expectativas.

Los modelos y programas para la atención de las personas adultas mayores se sustentan en una visión biológica, la cual se expresa en la intervención médica predominantemente curativa. Frente a las limitaciones económicas y sociales se antepone el criterio de costo / beneficio, y se remarca como un problema el envejecimiento poblacional por el costo derivado de la atención de padecimientos crónico degenerativos, de este modo, sin considerar la determinación social en el proceso salud–enfermedad, envejecimiento, los modelos de atención a la salud y programas dirigidos a las personas adultas mayores no resultan correspondientes con su situación ni representa la posibilidad de arreglo a su problemática.

Determinación social de la salud

Comprender la determinación social como un proceso requiere de un sustento teórico en donde converjan las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales; individuales y colectivas, tanto materiales como simbólicas; de ahí su carácter específico. La determinación social en salud rebasa la causalidad o multicausalidad entendida como la suma de factores sociales y condiciones de salud.

En este sentido, los determinantes sociales de la salud hacen referencia a las estructuras que sintetizan las formas en que las sociedades se organizan para resolver las necesidades de sus integrantes a través de formas específicas de producir, distribuir y consumir bienes, servicios y satisfactores para sus poblaciones (Medina Gómez y López Arellano, 2010).

El estudio de los determinantes sociales de la salud, desde el enfoque médico social, se convierte en un instrumento útil para hacer visibles los aspectos estructurales relacionados con la realización de la salud y dotar de mayor contenido político al discurso sobre derecho a la salud, como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Será entonces, un concepto fundamental para el abordaje de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores.

La Salud, un derecho

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las naciones unidas, desde 1940 definió a la salud como un estado general de bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Cabe resaltar que dicha postura marca la directriz de las estrategias a nivel mundial, así como de las políticas y programas regionales y locales; entonces se observa cómo es abordado este tema en el nivel político para su atención.

Así, la salud se ubica cómo un fenómeno social y no sólo como un hecho natural; de la misma forma, la cultura y el momento histórico serán fundamentales para la noción de salud en cada sociedad.

Es necesario resaltar que la situación de salud de las personas resulta esencial para su vida, pues al considerarla como una capacidad humana para la toma de decisiones es posible involucrarse en proyectos de transformación (Chapela, 2007).

Se observa entonces que la salud y la enfermedad son capacidades manifiestas en el curso de vida, el cual se caracteriza por el cambio continuo; Laurell (1994) destaca que la salud y la enfermedad se conciben como momentos diferenciados del proceso vital humano que sintetizan una compleja estructura de determinación, en donde lo social prefigura y modela los procesos biopsíquicos. Se expresan en la corporeidad y la psique

humana, pero sus orígenes –como fenómenos colectivos– se encuentran en procesos socio-históricos.

Por lo anterior, es posible indicar que el proceso salud–enfermedad se halla inmerso en procesos de orden socio-económico, político e ideológico. El planteamiento de Breilh (2010) hace referencia a dominios –órdenes y formas de movimiento que participan en la determinación social- que son complejos⁶, particularmente señala a la lógica del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado, entre otros.

El derecho a la salud es mucho más que la atención médica, pues converge con un conjunto de derechos: a una alimentación suficiente, segura y de calidad; educación, derecho a un trabajo digno, a una vivienda adecuada, a la seguridad social, de esta forma es viable la salud.

El máximo ordenamiento jurídico en México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el artículo 4º. que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en concordancia con ello la Ley General en la materia refiere que por salud se entiende: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En correspondencia con lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo 2012–2018, en la denominada meta nacional *México Incluyente*, propone garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social; sin embargo advierte que el Sistema Nacional de Salud tendrá mayor presión asociada a la creciente demanda de servicios por parte de los adultos mayores y ubica tres factores negativos en la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud tales como: 1) el modelo institucional orientado a lo curativo, 2) la falta de políticas multidisciplinarias e interinstitucionales que mejoren la calidad de los servicios y 3) la verticalidad y fragmentación de las instituciones.

Respecto al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la Estrategia 1.7. *Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores* incorpora un conjunto de líneas de acción específicas para la atención de las personas adultas mayores a la que se integran aspectos como la coordinación con programas sociales, fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis y caídas; así como el tratamiento oportuno en materia de salud mental y lograr el autocuidado de las personas adultas mayores (Secretaría de Salud, 2013).

Como se observa en este marco jurídico lo que se tutela es el derecho a la protección de la salud, pues se propone únicamente el acceso a la atención para la curación de la enfermedad, lo cual sitúa a la salud como un bien individual.

Por el contrario, la salud como derecho social se fundamenta en la determinación social de la salud, lo cual supone una perspectiva integral para garantizarla desde las condiciones económicas, sociales, culturales e ideológicas.

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Humanos y Fundamentales

El 10 de junio de 2011 se publicó la reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos que traza nuevas vías para la exigibilidad y el debido cumplimiento de los derechos humanos para todas las personas que habitan el territorio nacional; establece la obligación del gobierno mexicano para prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

Al instituir el principio pro persona se establece que deberá proveerse la protección más amplia a toda persona con base en los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

El enfoque de Derechos Humanos es una perspectiva basada en normas internacionales, que ubica a las personas como titulares de derechos y obligaciones y no sólo como beneficiarias. Los bienes protegidos por esta norma son la vida, la libertad, la igualdad y la fraternidad (Arévalo Álvarez, 2001).

Los derechos fundamentales son de aplicación inmediata y tienen expectativas negativas de no injerencia del Estado (por ejemplo el derecho a la vida, derecho a la libertad, a las creencias, al pensamiento), y expectativas positivas (denominadas también derechos prestacionales o sociales como la salud, alimentación, acceso a agua potable, agua limpia y segura, educación, etc.). El derecho internacional ha antepuesto los derechos de las personas a la territorialidad del Estado nación y sea cual fuere el ordenamiento que se tome en cuenta los derechos fundamentales son todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar y son tutelados como universales (Ferrajoli, 2001).

Se propone el Enfoque de Derechos Humanos porque de esta forma será posible la incorporación de mecanismos de exigibilidad, la promoción de la igualdad y no discriminación, la participación y realización progresiva de los derechos.

En torno al Modelo Ideal de Atención a la Salud de las PAM, resulta esencial, desde este enfoque la inclusión de los principios de los derechos humanos:

- Universales: Pertenecen a todas las personas con independencia de su origen étnico, sexo, religión, ideología, nacionalidad o condición social.
- Inalienables: Nadie puede ser despojado de ellos, no se pueden enajenar, no son objeto de transacción alguna.
- Imprescriptibles: Son para toda la vida, no tienen fecha de caducidad por ningún motivo.
- Intransferibles: Estos derechos no pueden ser objeto de cesión o cambio bajo ninguna condición.

El Enfoque de Derechos Humanos puede allanar caminos para que las personas mayores sean vistas como sujetos, que logren las mejores condiciones para una vida plena, la cual debe ser garantizada por el Estado. Una política que reconozca a las personas adultas mayores como sujetos de derechos y no como un grupo vulnerable.

Una política pública con Enfoque de Derechos Humanos debe corresponder con los tratados internacionales y con el marco normativo federal y local, sólo de esta forma el Estado podrá cumplir con la garantía de promover y proteger el desarrollo de las personas en la sociedad, con fundamento en la supremacía constitucional.

En sentido objetivo, los Derechos Humanos son normas de derecho público constitucional, es decir, de la más alta jerarquía, que protegen ciertos bienes jurídicos fundamentales al ser inherentes a la personalidad humana y cuya identificación y precisión son productos históricos del desarrollo de la conciencia humana y organización social (Arévalo Álvarez, 2001).

Asimismo, el Enfoque de Derechos Humanos tiene por objeto que todas las políticas, estrategias, modelos y programas se formulen considerando el criterio de progresividad respecto al goce, en este caso, del derecho a la salud para todas las personas.

Las políticas públicas implican modificaciones legislativas y administrativas de forma permanente, relacionadas con el diseño y la operación de las instituciones porque pueden vulnerar algunos derechos humanos. En este sentido:

El derecho a la salud también genera, como sucede con todos los derechos sociales, la obligación del Estado de preservar el bien jurídico protegido por la constitución, es decir, la salud; tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, de la misma manera hace nacer la obligación -positiva- de evitar que particulares grupos o empresas la dañen. (Carbonell y Carbonell, 2013)

El Enfoque de Derechos Humanos aspira a materializar los derechos, de ahí su cercanía con los procesos de desarrollo socioeconómico y humano. Los elementos que constituyen este enfoque Jiménez Benítez los define (2007):

- Transversalidad, los derechos humanos en todos los ámbitos del Estado y de la sociedad.
- Principio de no discriminación y de inclusión para la universalidad.
- Principio de dignidad humana, la incorporación de las personas como sujetos.
- Principio de democracia, participación activa, informada para la toma de decisiones.
- Responsabilidad compartida de todos los actores involucrados.
- Predominio de la esfera pública, la deliberación democrática y la resolución pacífica de conflictos.
- Primacía de lo local en el ejercicio y realización de los derechos.

Una política pública con Enfoque de Derechos Humanos debe establecer los mecanismos de exigibilidad y permitir, sobre todo, que los derechos estén al alcance para su disfrute; es decir son una obligación del Estado pues tiene un compromiso desde lo nacional e internacional.

El Derecho, al instituir la organización del Estado y las atribuciones de las autoridades, trata de reglamentar el uso del poder y evitar los abusos. Arévalo señala que (2001), los derechos humanos son limitaciones al ejercicio del poder estatal para garantizar ciertos bienes jurídicos fundamentales de los miembros de una sociedad y evitar que sean atropellados por el poder político.

EL ENFOQUE DE CAPACIDADES

El filósofo y economista Amartya Sen propone un marco teórico enfocado en la capacidad y en la libertad humana para evaluar la calidad de vida y el bienestar pero desde las propias personas, grupos y sociedad. Dado este postulado la encomienda es que las políticas públicas amplíen las capacidades de las personas.

Sen desacredita que el crecimiento económico sea sinónimo de desarrollo humano, puesto que la riqueza puede ser sólo un medio para alcanzar otro bien; pero también duda de que el utilitarismo centrado en la felicidad y el placer signifique la realización de las personas. Entonces emprende la reflexión para dar cuenta real del bienestar humano a través de las capacidades como libertad.

El enfoque de capacidad se concentra en la vida humana en su conjunto y no en aspectos separados. Asimismo, tiene mucho valor lo que la persona es capaz de hacer, elija o no esa oportunidad, entonces es fundamental el ejercicio de la libertad y la existencia de opciones reales. La libertad es lo más importante para que alguien decida ser o hacer algo que considera valioso.

La capacidad está íntimamente ligada con la oportunidad de la libertad y con la pluralidad de aspectos de la vida personal. El bienestar tiene que ver con los logros alcanzados.

El centro de atención del análisis de Sen son las libertades que generan los bienes, diferente de los bienes en sí mismos, desde esta perspectiva los bienes o recursos permiten los funcionamientos y éstos a su vez reflejan la capacidad de una persona. Evalúa las libertades gracias al despliegue de las capacidades para funcionar.

La capacidad refleja la libertad con que cuenta una persona para llevar un tipo de vida u otro. Expresa la libertad o las oportunidades reales con que cuenta una persona para llevar el tipo de vida que considera valiosa, permitiendo la autodeterminación.

La agencia examina los logros y las oportunidades de la persona desde el punto de vista de otros objetivos y valores que pueden ser diferentes de los suyos, yendo más allá de la búsqueda de su propio bienestar. Además hace una distinción entre bienestar de agencia y libertad de agencia.

De acuerdo con (Clark, 2005) para entender la propuesta de Sen resultan claves los conceptos:

Buen Funcionamiento. Un buen funcionamiento es un logro personal, lo que se logre hacer o ser. Refleja una parte del ser mismo de la persona.

Capacidad. Es la habilidad personal para alcanzar un funcionamiento determinado, es decir la habilidad de funcionar de distintas formas. Libertad como capacidad, libertad real para el desarrollo de capacidades, capacidad de ser o hacer.

Funcionamiento secuencial. El funcionamiento secuencial se da por la utilización de una serie de bienes disponibles. Cada funcionamiento secuencial representa un posible estilo de vida.

Según Amartya Sen la capacidad refiere la habilidad de ser capaz en las esferas física, legal e intelectual, enfatiza que las capacidades reflejan las oportunidades reales que tiene una persona o la libertad positiva de elegir entre los posibles estilos de vida.

Urquijo (2008), después de una exhaustiva revisión a los postulados de Sen, apunta que como capacidades centrales podría considerarse:

1. Capacidad corporal: alimentarse, vestirse, tener movilidad, estar libre de sufrimiento físico y agresiones corporales.
2. Capacidad mental: percibir, imaginar, razonar, tomar decisiones de forma autónoma.
3. Capacidad social: ser capaz de establecer relaciones personales de familia y amistad, participación en la vida social y relaciones ecológicas de la comunidad.
4. Capacidad de singularidad: elección de la vida propia respecto a una identidad, sexualidad, matrimonio, paternidad, empleo, una concepción propia de la vida buena.
5. Capacidad de agencia: actuar y provocar cambios e impactar en el mundo cuyos logros pueden juzgarse en función de los propios valores y objetivos.

Para la propuesta del *Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores* se retomarán los planteamientos de Urquijo, se establecerá como categorías capacidades personales y capacidad de agencia:

- Capacidades personales
 - Capacidad corporal
 - Capacidad mental
 - Capacidad de singularidad
- Capacidad de agencia.

Con el Enfoque de Capacidades finaliza la revisión de los conceptos teóricos que darán sustento a un *Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores*, el cual incorpora las premisas expuestas anteriormente.

UN MODELO IDEAL DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Para el análisis propuesto se diseñó un Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores con el propósito de avanzar hacia mejoras en la atención que se ofrece a este sector poblacional con base en el reconocimiento de la determinación social del proceso salud–enfermedad, envejecimiento; a fin de posicionar a las personas mayores como sujetos de derecho y propiciar condiciones para la realización de vidas con libertad y bienestar.

Al plantear este Modelo Ideal se retoman conceptos fundamentales de la Medicina Social, del Enfoque de Derechos Humanos y del Enfoque de Capacidades para establecer dimensiones que remitan a cada uno de los ámbitos que implica la atención a la salud de las personas mayores, de las cuales derivan categorías específicas a observarse en el proceso de atención.

La perspectiva médico social, como campo de conocimiento, integra a las ciencias biomédicas, ciencias de la salud y ciencias sociales; ubica en un contexto histórico y social determinado a la persona o colectivo y con base en una visión multidisciplinaria reconoce las capacidades de otros profesionales.

En cuanto al Enfoque de Derechos, dota de elementos técnicos a la persona a fin de propiciar la toma de decisiones en torno a su salud, asimismo parte de que la salud es un derecho al que debe tener acceso toda persona con capacidad de obrar sea cual fuere su condición de ciudadanía, porque se trata de un derecho fundamental.

El Enfoque de Capacidades habría que remarcar que constituye vías para elegir libremente la vida que se considere valiosa de vivir asegurando, de esta forma el bienestar personal y colectivo.

Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores		
Concepto	Dimensión	Categorías
Medicina Social	Fundamento teórico	Materialismo histórico
	Noción de salud	Salud-enfermedad como proceso determinado
	Sujeto de la atención	Persona adulta mayor
		Colectivo
	Finalidad de la atención	Promoción de la salud
		Prevención de la enfermedad
		Curación
		Rehabilitación
	Tipo de abordaje	Reconocimiento de las condiciones sociales
		Multidisciplinario
Reconocimiento de derechos de las personas		
Enfoque de Derechos Humanos	Principios de los Derechos Humanos	Intersectorial
		Universales
		Inalienables
		Imprescriptibles
Enfoque de Capacidades	Capacidades personales	Intransferibles
		Capacidad corporal
		Capacidad mental
	Capacidad de agencia	Capacidad de singularidad
		Participación para la toma de decisiones
		Participación para la transformación

El Modelo ideal propuesto será referencia para el *Análisis de los Modelos de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores*, lo cual será posible una vez que se presentaron las premisas teóricas y se revisaron los planteamientos institucionales que brindan atención a las personas mayores.

IV. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Sostenemos que los modelos para la atención a la salud de las personas adultas mayores que aplican las instituciones públicas en México se circunscriben a la atención curativa de enfermedades en el marco del derecho a la protección social de la salud. El análisis de los modelos, desde la perspectiva médico social, mostrará sus componentes y permitirá aportar elementos para avanzar hacia intervenciones más efectivas que se aproximen al derecho a la salud de las personas adultas mayores.

Para la realización del Análisis de los Modelos de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores se tomarán en cuenta los discursos, informes, manuales y presentaciones desarrollados por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar), todas ellas instituciones públicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

V. METODOLOGÍA

Una vez presentado el sustento teórico para el *Análisis de los Modelos de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores* es factible describir el procedimiento metodológico para su realización. El Modelo Ideal propuesto, basado en la perspectiva de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades; será comparado con los modelos de atención a la salud que se aplican en México y se establecerán sus principales diferencias.

Supuestos teóricos

1. El análisis de los modelos de atención a la salud de las personas mayores permitirá dar cuenta de fundamento teórico que sustenta las acciones dirigidas al cuidado de la salud y se pondrán de manifiesto los vacíos de las políticas en salud.
2. La visión biologista sustenta el tipo de intervenciones de manera que las acciones en salud no resultan correspondientes con la situación de las personas mayores, pues no consideran la determinación social del proceso salud–enfermedad.
3. Los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores por lo general les niegan la posibilidad de participación efectiva e inclusión para la toma de decisiones, en tanto son considerados como objetos de atención.
4. El estudio de los modelos existentes permitirá aportar elementos para el diseño de nuevas propuestas enmarcadas en la Medicina Social que respondan a la determinación de los procesos salud–enfermedad de las personas adultas mayores.
5. Los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México tienen correspondencia con lo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Derechos Humanos.
6. Con base en el Enfoque de Derechos Humanos, los modelos que las instituciones de salud aplican en México reconocen como sujetos de la atención a las personas adultas mayores y/o a los colectivos.
7. La noción de capacidad de los modelos que operan en la realidad sólo establece el grado de funcionalidad de las personas adultas mayores, por lo que no corresponde con el Enfoque de Capacidades tendiente a la realización de vidas con libertad y bienestar.

Investigación cualitativa

Para la realización del presente análisis se toman como base los preceptos de la investigación cualitativa, por lo que resulta oportuno precisar que existen numerosos enfoques y métodos pues la materia esencial es la subjetividad, además de abordar un caso concreto y particular. La investigación cualitativa permite estudiar las relaciones sociales y abordar la complejidad inmersa en diversos objetos de estudio que responden a prácticas e interacciones de los sujetos, de este modo se comprende su totalidad en su contexto (Flick, 2007). El constructivismo se caracteriza por dar prioridad a los procedimientos, así como por su fundamentación metódica y normativa; esta base permitirá el análisis del discurso, dado que la materia de estudio serán documentos cuyo soporte es el lenguaje desde su perspectiva pragmática y su rol en la constitución del mundo social.

Esta corriente concibe las realidades sociales como construcciones históricas y cotidianas por parte de actores sociales y colectivos, además cuestiona la visión dominante y acrítica de todo lo que se presenta como dado, atemporal, homogéneo y necesario (Aranda Sánchez, 2015).

Análisis del discurso

Desde la investigación cualitativa, el análisis del discurso supone la descripción detallada de las estructuras y de las relaciones entre los textos y la realidad haciendo visibles los discursos, así se considera:

No es solo un método, es una metodología con perspectiva cualitativa que involucra un conjunto de supuestos concerniente a los efectos constructivos/críticos del lenguaje, -y en esta visión de constructivismo social o crítico del mundo-, los discursos son mirados como constitutivos del mundo social. (Urta, Muñoz y Peña, 2013)

Los estudios del discurso retomaron las premisas sobre la estructura social y la cultura, así fueron incorporados a diferentes campos de estudio como la etnografía, semiótica, sociolingüística, pragmática y etnometodología, finalmente la psicología y la comunicación también agregaron sus planteamientos. En el ámbito de la salud, los diferentes enfoques del análisis del discurso permiten comparar la naturaleza socialmente construida de los discursos así como ahondar en su complejidad; cada documento implica una posición social cuyo propósito puede ser la legitimación de una tendencia por lo que resulta viable identificar sus contradicciones (Urta, Muñoz y Peña, 2013).

Antes de proseguir es oportuno presentar una revisión a las acepciones del término discurso, pues se reconoce como resultante de la interacción social entre grupos sociales y estructuras complejas de la sociedad en donde se refieren acciones y conductas de las personas por lo implica patrones y comunidades de conocimiento y estructuras donde un texto es una realización única (Urta, Muñoz, y Peña, 2013). Como producto social, el discurso constituye situaciones, objetos de conocimiento, identidades sociales y relaciones entre personas y grupos de personas; pero al mismo tiempo es constitutivo por el sentido que contribuye a transformar.

El discurso como práctica social implica una relación dialéctica entre un evento discursivo particular y la situación, la institución y la estructura social que lo configura. Una relación dialéctica es una relación en dos direcciones: las situaciones, las instituciones y las estructuras sociales dan forma al evento discursivo, pero también el evento les da forma a ellas. (Calsamiglia Blancafort y Tusón Valls, 2001)

Respecto al discurso de políticas, Cejudo (2008) evoca a Hajer para hacer referencia a un conjunto específico de ideas, conceptos y categorizaciones que son producidas, reproducidas y transformadas en un conjunto de prácticas y por medio de las cuales se da significado a la realidad física y social.

En síntesis, es posible establecer que para este caso se analizarán los discursos institucionales a fin ubicar de manera sistemática los componentes de los modelos de atención a la salud de las personas mayores, asimismo será posible interpretar, con base en su contexto, el sentido y orientación que cada propuesta.

Fernández Chaves (2002) puntualiza que de acuerdo con los propósitos de la investigación se puede atender a los aspectos materiales para identificar sus componentes o se pueden revisar sus relaciones externas para exponer su contexto histórico, político, económico, social, cultural, ético, etc.; al observar las características internas se pueden reconocer los valores y principios en que se basa; pero si es el sentido ideológico el centro del estudio, entonces se pondrá de manifiesto los posibles significados del discurso.

La aplicación de esta metodología implica en un primer momento la definición de las unidades de análisis, la construcción de categorías y posteriormente, la asignación de códigos. En este caso el objeto de estudio son los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, mismos que constituyen las unidades documentales a ser estudiadas, cuyo soporte es cada uno de los discursos institucionales. Las unidades de análisis corresponden a los segmentos a caracterizar para vincularse con las categorías (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 1991). Es importante señalar que en un estudio se pueden emplear varias unidades de análisis, sin embargo su selección debe efectuarse en correspondencia con los objetivos del análisis pudiendo ser:

- 1) *Palabra*. Es la unidad de análisis más simple y se puede medir cuántas veces aparece en un discurso.
- 2) *Tema*. Se define como una oración o enunciado específico a algún asunto.
- 3) *Ítem*. Corresponde a una unidad total como soporte del material simbólico (por ejemplo, un libro, un editorial, un discurso, etc.).
- 4) *Personaje*. Un individuo, un personaje televisivo, un funcionario, entre otros.
- 5) *Medidas de espacio-tiempo*. Son unidades físicas como una columna (por ejemplo, en la prensa), la línea (en escritos), un minuto (en una entrevista o en radio).

Para que la sistematización resulte veraz las categorías deben apegarse a criterios como ser *pertinentes*, es decir, adecuadas a los propósitos de la investigación; *exhaustivas*, deben abarcar todas las subcategorías posibles; *homogéneas*, que sus elementos constituyentes sean de naturaleza igual o muy similar, y *mutuamente excluyentes* para evitar que se ubique un elemento en más de una subcategoría.

Las categorías para el presente estudio considerarán el asunto, tema o contenido que aborden los discursos, así como los valores o intereses que se destaquen.

Respecto a la codificación, ésta consistirá en la transformación de las unidades de análisis y categorías, identificadas en las fases anteriores, en unidades de registro para su descripción y análisis.

Una vez efectuada la codificación es posible cuantificar la cantidad de registros obtenidos para cada categoría o iniciar el proceso interpretativo mediante el cual se asociarán las palabras, asuntos y temas, de esta forma se podrá realizar el análisis ideológico para decodificar el discurso e identificar sus posibles contradicciones, así como intenciones explícitas o implícitas.

De acuerdo con Fernández Chaves (2002) para realizar un análisis ideológico lo primero es llevar a cabo un análisis de contenido (más cuantitativo que muestre la frecuencia) que será base para un estudio superior de análisis del discurso.

Expuesto el procedimiento para el presente estudio, cabe puntualizar que las categorías derivan de dimensiones establecidas con base en los preceptos teóricos de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y del Enfoque de Capacidades.

El concentrado para proceder al análisis se muestra en el siguiente cuadro:

Dimensiones	Categorías	
Fundamento teórico	Materialismo histórico	Biologismo Ahistórico
Noción de salud	Salud-enfermedad como proceso determinado	Salud–enfermedad como mercancía
Sujeto de la atención	Persona adulta mayor	Paciente
	Colectivo	Individuo
Finalidad de la atención	Promoción de la salud	Promoción de la salud
	Prevención	Prevención de la enfermedad
	Curación	Curación
	Rehabilitación	
	Reconocimiento de las condiciones sociales	No reconocimiento de las condiciones sociales
Tipo de abordaje	Multidisciplinario	Interdisciplinario
	Reconocimiento de derechos de las personas	Relación jerárquica médico-paciente

	Intersectorial	Sectorial
Visión de integralidad	Gerontológico Biológico	Disponible
	Gerontológico Psicológico	Accesible
	Gerontológico Social	Calidad
		Eficaz
Eficiente		
Principios de los Derechos Humanos	Universales	Focalizados
	Inalienables	Condicionados
	Imprescriptibles	Prescriptibles
	Intransferibles	
Capacidades personales	Capacidad corporal	Funcionalidad ABVD
		Funcionalidad AIVD
	Capacidad mental	
Capacidad de agencia	Capacidad de singularidad	
	Participación para la toma de decisiones	
	Participación para la transformación	

Para efectuar el análisis propuesto se empleará el programa *Atlas.ti*, de esta manera se logrará una revisión detallada de los documentos institucionales, así como una sistematización puntual que permita identificar los componentes de cada modelo institucional, compararlos con el modelo ideal propuesto y caracterizar un modelo general de atención a la salud de las personas adultas mayores en México, con base en los resultados que se observen.

VI. RESULTADOS

MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE APLICAN EN MÉXICO

A. Componentes, una descripción general

La presente sección tiene por objeto mostrar de forma esquemática los principales elementos que integran los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México.

Como se expuso anteriormente para el análisis de los modelos se estableció un conjunto de categorías, derivadas de los componentes del Modelo Ideal propuesto y de los modelos que operan en la realidad.

Cada esquema parte de las dimensiones establecidas con base en los planteamientos de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades, de las cuales derivan diversos componentes, denominados códigos y analizados en el software *Atlas.ti* empleado en esta investigación.

Medicina Social

Para incorporar un modelo ideal de atención a la salud de las personas adultas mayores desde la perspectiva de la Medicina Social se definieron como dimensiones el fundamento teórico, la noción de salud, la finalidad de la atención, el tipo de abordaje y la visión de integralidad.

Enfoque de Derechos Humanos

Una dimensión esencial del modelo ideal tiene sustento en el Enfoque de Derechos Humanos y corresponde justamente a los principios de los derechos humanos.

Enfoque de Capacidades

A partir de las premisas del enfoque de capacidades, propuesto por Amartya Sen, se incorporó al modelo ideal las dimensiones correspondientes a capacidades personales y capacidad de agencia.

La información resultante da cuenta de los componentes de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores desarrollados por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

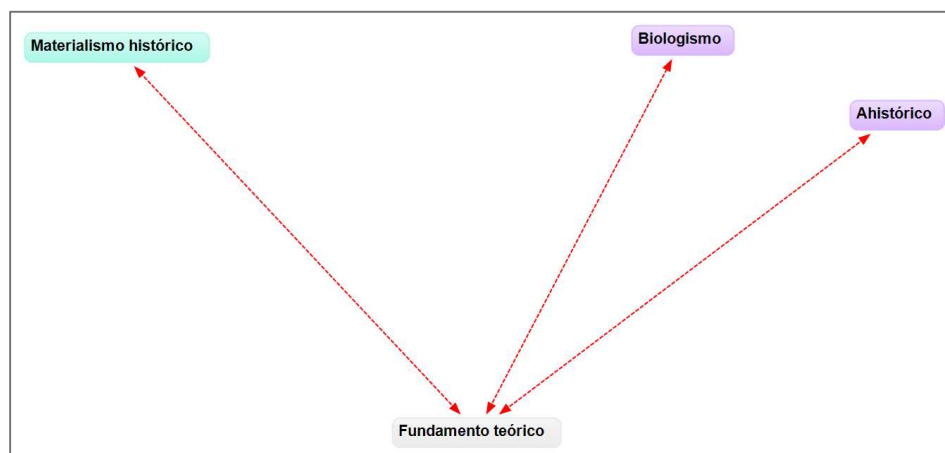
De esta forma se presentan nueve esquemas correspondientes con las dimensiones consideradas fundamentales al plantear un modelo ideal de atención a la salud de las personas adultas mayores. En cada caso se refiere entre paréntesis la frecuencia –número de veces- en que se aludió al componente o código asociado en los documentos institucionales analizados.

Las redes que se presentan permitirán visualizar una panorámica de los componentes de los modelos y evidenciar algunos vacíos, avances y retos para la atención a la salud de las personas adultas mayores de acuerdo con el modelo ideal propuesto con perspectiva médico social.

Fundamento teórico

El modelo ideal considera como fundamento teórico al materialismo histórico. Ningún modelo que opera en la realidad analizado lo incorpora a sus planteamientos; por el contrario se observa que predomina el sustento biologista (67) y ahistórico (61). De esta forma se ratifica también el carácter positivista de la atención a la salud de las personas adultas mayores que prestan las instituciones públicas en México.

Cabe subrayar que de los códigos establecidos para el análisis, los dos mencionados en el párrafo anterior son los que registraron las más altas frecuencias.

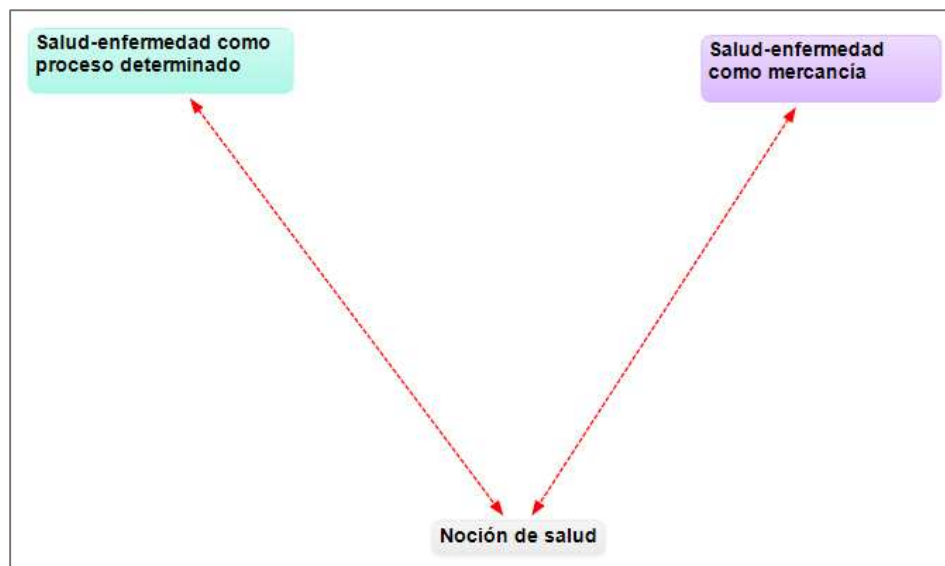


Noción de salud

Respecto a la noción de salud, aunque el modelo ideal propone un abordaje desde la Medicina Social, de forma tal que permita entender la salud–enfermedad como proceso

social determinado, este hecho no se registra en los modelos de la realidad incluidos en el presente estudio.

Por el contrario, los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores retoman el planteamiento de la salud–enfermedad como mercancía (41), así definido por Eduardo Menéndez (1992), ello significa que de forma directa (servicios de salud) e indirecta (venta de medicamentos de patente y medicalización de los modelos alternativos), sólo se interviene para curar la enfermedad, condición que se explica como resultado de una ruptura o desviación.

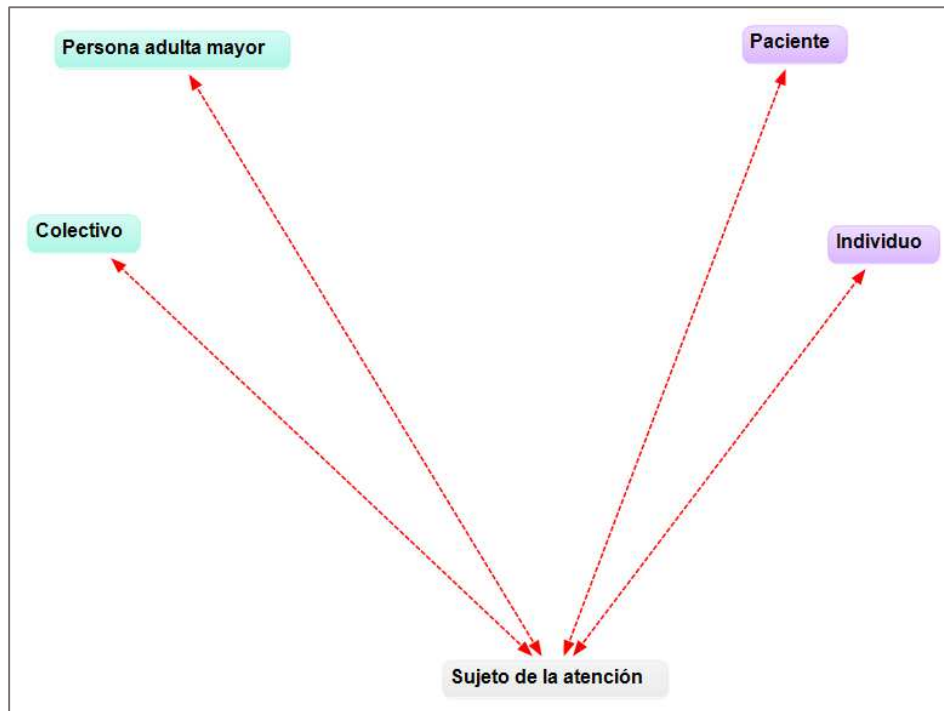


Sujeto de la atención

El análisis en el rubro sujeto de la atención muestra una ambivalencia interesante, pues revela que los servicios se dirigen a personas adultas mayores (14) y colectivos (28), componentes incluidos en el modelo ideal planteado; paralelamente se incluye a pacientes (23) e individuos (13) como entes centrales de la atención.

Resalta este hecho porque al enunciar como sujetos de la atención a personas adultas mayores se reconoce su capacidad como sujetos de derechos, asimismo, al dirigir la atención hacia los colectivos se puede lograr que las acciones tengan un mayor y efectivo alcance.

Por el contrario, hablar de pacientes sugiere que son sujetos pasivos sobre quienes recaen las actuaciones del equipo médico; además, sólo considerar a los individuos limita una posible repercusión de la atención recibida.

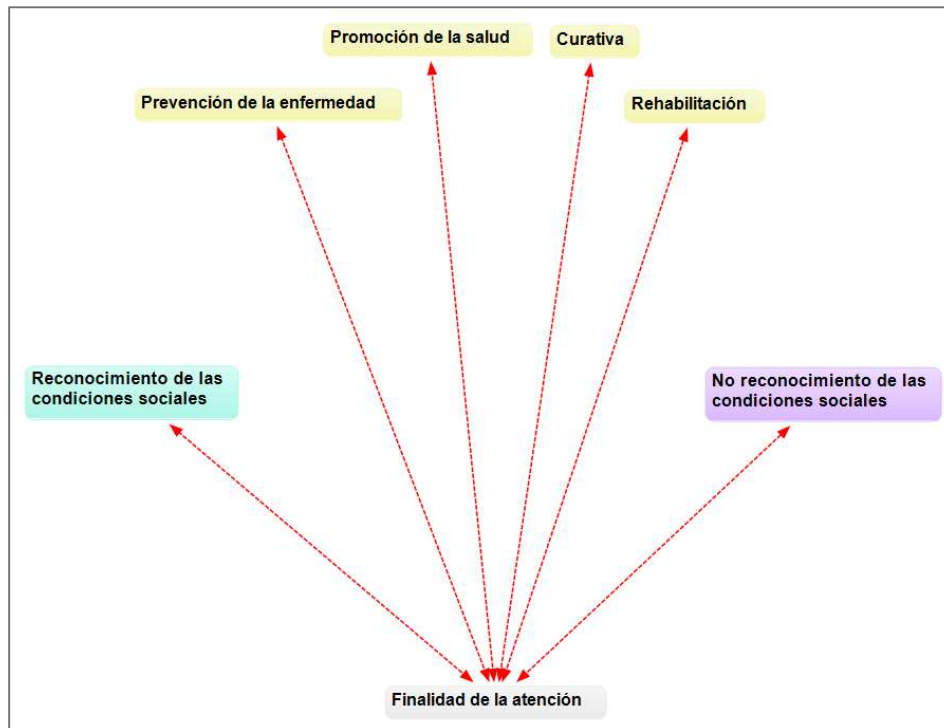


Finalidad de la atención

Los modelos aplicados en la realidad dan cuenta de que la finalidad de la atención considerada por las instituciones de salud tiene por componentes la prevención de la enfermedad (28), la promoción de la salud (13), además de ser curativa (5) y escasamente tender a la rehabilitación (1).

Los elementos anteriores señalan que la atención va más allá del consultorio y del médico, sin embargo se pondera un no reconocimiento de las condiciones sociales (59) pese a la importancia que esto tiene para quien recibe atención médica y mucho más para el caso de las personas mayores, pues su salud en gran medida está determinada por el hecho de contar o no con ingresos, saber o no leer y escribir, tener o no una formación educativa, contar o no con una red de apoyo, entre otras condiciones.

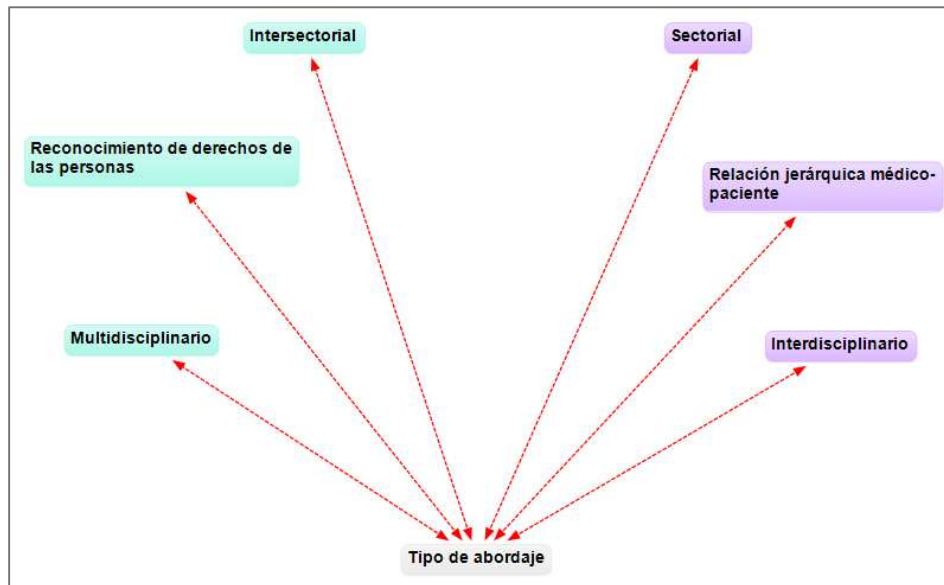
Lo contrario a esta condición, el reconocimiento de las condiciones sociales sólo fue admitido en cuatro enunciados.



Tipo de abordaje

El estudio de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores da cuenta de la coexistencia entre un abordaje multidisciplinario (14) e interdisciplinario (11), ello influye decisivamente en la respuesta que se propone para mejorar su condición de salud. Así, es indudable que la atención a la salud de las personas mayores no sólo se circunscribe ni es competencia única de las instituciones de salud, pese a ello sobresale que los modelos de la realidad aún ponderan lo sectorial (11) sobre lo intersectorial (6).

Es importante destacar que el análisis de los modelos institucionales muestra una fuerte diferencia entre el reconocimiento de los derechos de las personas (17) y la relación jerárquica médico-paciente (3), esto es que al menos en los documentos se confiere y privilegia el trato digno y respetuoso, la no discriminación, proporcionar toda la información que se requiera y brindar atención médica adecuada, entre otros derechos.

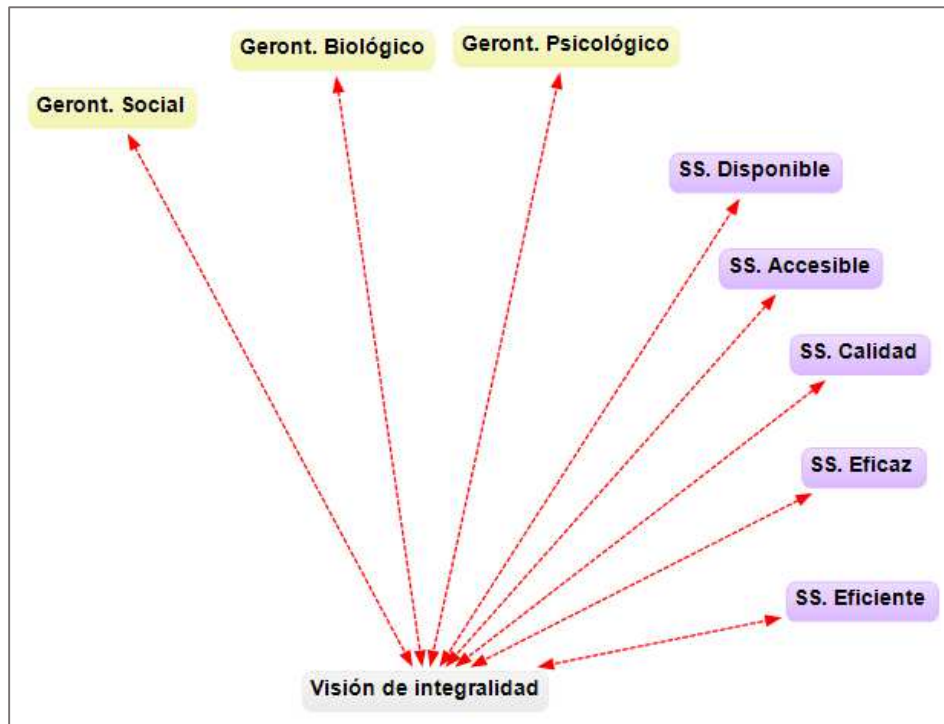


Visión de integralidad

La visión de integralidad se considera esencial en el modelo ideal propuesto, pues de esta forma es posible asegurar que la respuesta en atención es acorde con las necesidades de las personas, además de hacer vínculo entre el sistema, el equipo, los recursos en salud y las personas adultas mayores.

Se debe remarcar que en los documentos analizados para identificar los componentes de los modelos que operan en la realidad se asocian indistintamente la noción de atención integral con las premisas de la gerontología y las categorías de evaluación de los servicios de salud.

Dado que se trata de personas adultas mayores se plantea una atención integral desde una perspectiva gerontológica que abarca procesos biológicos (40), psicológicos (41) y sociales (52). Respecto a las categorías de evaluación de los servicios de salud se presentan en orden de mayor a menor frecuencia: calidad (9), eficiente (8), eficaz (7), así como disponible (6) y accesible (6).



Enfoque de Derechos Humanos

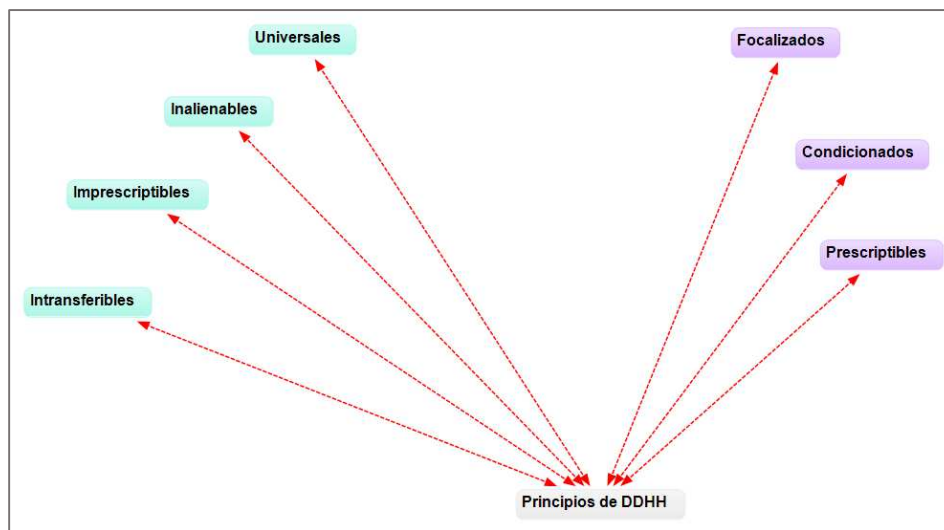
El modelo ideal propuesto incorpora los principios de los derechos humanos, de manera que se garantice que la atención a la salud de las personas adultas mayores será correspondiente con el derecho a la salud, esto halla resonancia al ubicar como sujeto de la atención a las personas adultas mayores y/o colectivos, así como con el tipo de abordaje que refiere el reconocimiento de los derechos de las personas.

Principios de los Derechos Humanos

Los principios de derechos humanos tutelados por el orden jurídico internacional no forman parte de los modelos que se aplican en la realidad sólo se ubicó una alusión a la universalidad de los derechos; aunque se habla de su reconocimiento no se consideran los principios de inalienables (0), imprescriptibles (0) e intransferibles (0).

Contrariamente, los modelos que se aplican en la realidad denotan un carácter focalizado (29), condicionado (39) y prescriptible (1); por ejemplo, para el caso del IMSS e ISSSTE son derechohabientes las personas que pueden recibir atención; en el caso del Seguro Popular son afiliados y para los servicios de la Sedena y de Semar se dirigen los programas a quienes están jubilados, pensionados o en retiro. Así cada modelo define de forma muy precisa quiénes pueden acceder a las prestaciones y/o beneficios; es decir

las personas adultas mayores deben cubrir determinados requisitos para ser incorporados a las actividades institucionales que se programan.

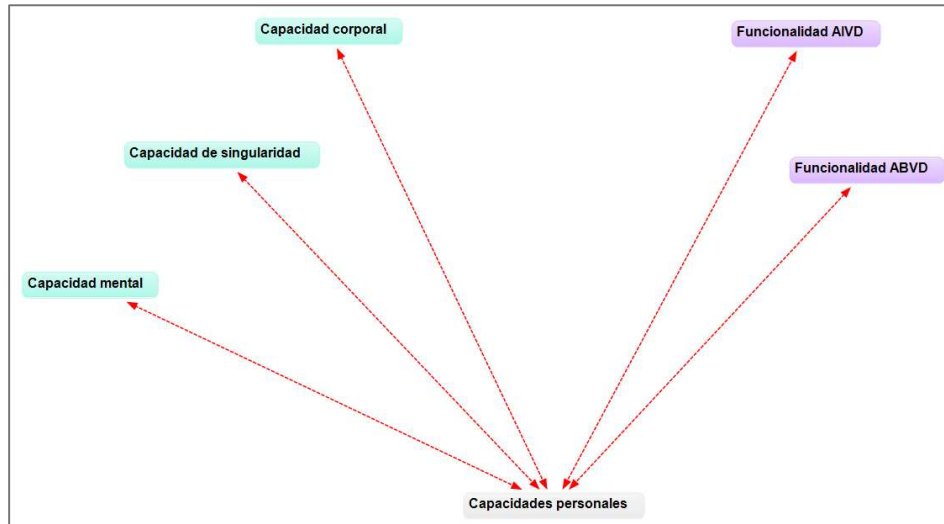


Enfoque de Capacidades

El Enfoque de Capacidades aporta al modelo ideal considerado un par de dimensiones que dan marco para el involucramiento de la persona adulta mayor en su proceso salud-enfermedad bajo la forma de toma de decisiones pero también de actuación y de reconocimiento de sí mismas.

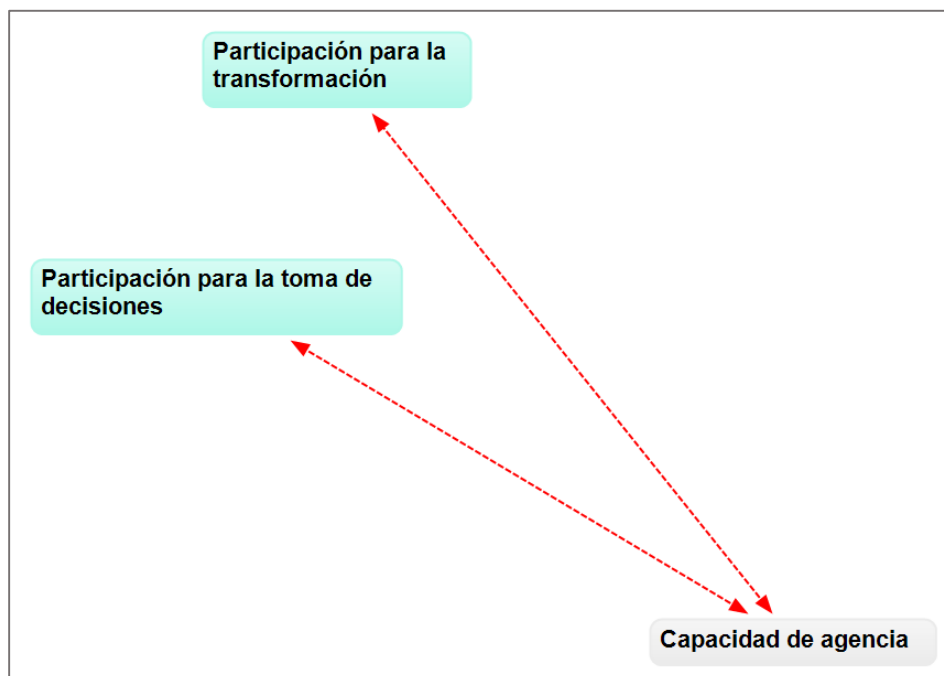
Capacidades personales

Los modelos de la realidad ubican solamente como capacidades personales a las relativas con la funcionalidad para la realización de actividades básicas para la vida diaria (14) y para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (14); es decir, las instituciones públicas que atienden a las personas mayores no incorporan el reconocimiento y atención a las capacidades corporal, mental y de singularidad.



Capacidad de Agencia

Aunque el modelo ideal integra elementos como la participación para la toma de decisiones y la participación para la transformación, como parte de la capacidad de agencia; los modelos que se aplican en la realidad no incorporan todavía estos componentes u otros similares que den cabida a las expresiones y actuaciones de los adultos mayores como protagonistas de su proceso salud-enfermedad y desde una perspectiva del colectivo al que pertenecen.



B. Modelos Institucionales

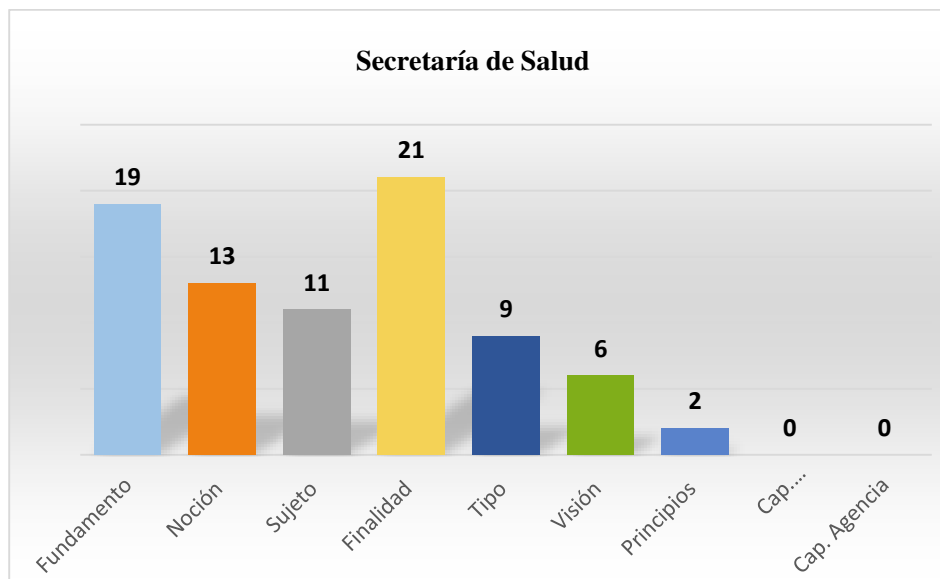
Se presenta el análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México, con base en la propuesta de un modelo ideal que integra las premisas de la Medicina Social, el Enfoque de Derechos Humanos y el Enfoque de Capacidades, a partir de las cuales se establecieron dimensiones y luego categorías, como aquellos elementos observables en los modelos.

De manera gráfica se podrán observar las resultantes del análisis, en donde se refieren las dimensiones consideradas en el modelo ideal propuesto y que fueron identificadas en los modelos que se aplican en la realidad.

Una vez que se hayan ubicado los componentes planteados por cada una de las instituciones públicas será posible caracterizar el *Modelo General en México de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores*, a partir de los resultados del análisis efectuado en el programa *Atlas.ti*.

Se debe señalar que el presente estudio se basa en evidencias documentales, por lo que es probable que existan algunas variaciones en el momento de la aplicación del modelo.

Secretaría de Salud



El planteamiento de la Secretaría de Salud (SSA) pondera elementos relacionados con la finalidad de la atención, específicamente refiere como prioridades la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Además la SSA declara necesaria una política pública para la atención y desarrollo social de las personas mayores a fin de mejorar sus entornos y promover una cultura del

envejecimiento activo y saludable, esto sobresale por dos motivos, el primero porque da importancia al reconocimiento de las condiciones sociales para la salud de las personas como propone el modelo ideal y segundo porque se trata de la institución coordinadora del sector salud.

No obstante lo anterior, dicha Secretaría confirma que no siempre se da reconocimiento a las condiciones sociales, pues advierte que la información generada es deficiente al no dar cuenta de las necesidades de las personas ya que únicamente se registran datos de morbilidad.

Respecto al fundamento teórico del Programa de Acción Específico, Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud constantemente se expone una postura biologista que alude a una población adulta mayor con “patologías de mayor relevancia” y se muestra interesada en la atención de lo que denomina “envejecimiento patológico”.

Acerca de la noción de salud, este modelo de la realidad se asocia con una concepción de la salud–enfermedad como mercancía pues propone medidas de intervención a partir del costo-beneficio que representan y plantea el establecimiento de alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil, además de estructurar un modelo para el ahorro potencial a largo plazo por atención oportuna de padecimientos incapacitantes en personas mayores.

Distante también del modelo ideal propuesto en lo relativo a sujeto de atención reconoce adultos con patologías y subraya la importancia de brindar herramientas para el manejo del envejecimiento patológico. La SSA menciona que en conjunto con la OPS/OMS aplicará encuestas epidemiológicas.

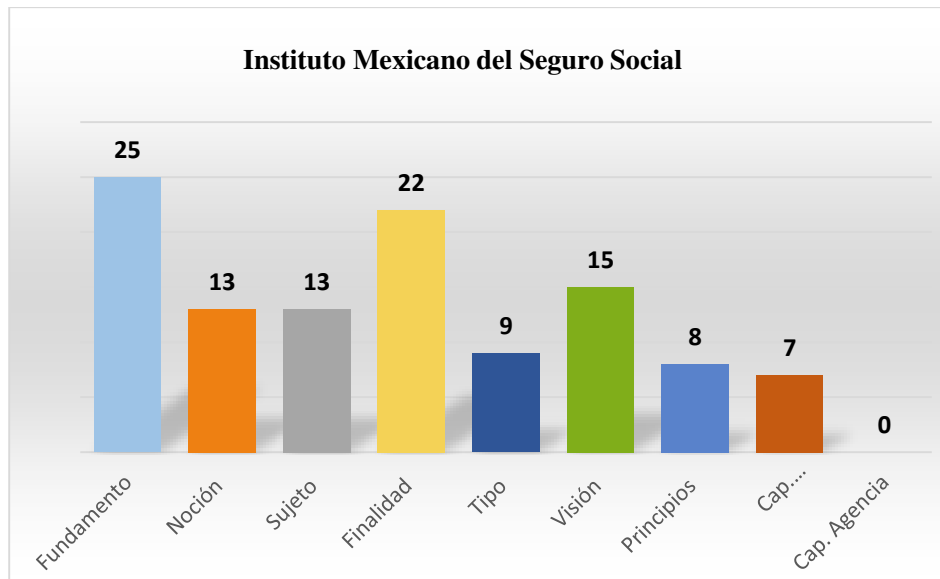
Este modelo de la realidad parece acercarse a la propuesta de atención ideal, en tres elementos del tipo de abordaje definido como multidisciplinario con una estrategia de gestión de modelos de atención geronto-geriátricos; intersectorial, pues plantea un trabajo coordinado e interinstitucional para el manejo integral de las personas mayores; además de reconocer los derechos de las personas adultas mayores.

Al encabezar el sector salud, la SSA propone conjuntar esfuerzos y organizar servicios socio-sanitarios competentes para prevenir padecimientos de mayor impacto en el perfil epidemiológico, conservar la calidad de vida y la funcionalidad.

Si bien entre sus estrategias está el fomentar la atención integral de las enfermedades, no se aclara de qué forma se realizará.

El modelo ideal propuesto responde a los principios de los derechos humanos, pero en este caso el modelo de la realidad hace alusión a medidas focalizadas para el manejo del envejecimiento patológico. Otros elementos que tampoco se incorporan son los correspondientes con el enfoque de capacidades.

Instituto Mexicano del Seguro Social



Separado del modelo ideal, el modelo de la realidad aplicado por el IMSS tiene un sustento teórico biologista y ahistórico, dado que las acciones están basadas en el control de enfermedades y la atención ocurre en consulta.

La finalidad de la atención comprende tanto la prevención de enfermedades como la promoción de la salud, ello ocurre mediante campañas de vacunación en todas las unidades de medicina familiar y en las semanas de vacunación. Particularmente para la promoción de la salud se lleva a cabo una estrategia educativa sobre envejecimiento activo, temas básicos de la Cartilla Nacional de Salud, así como habilidades para la vida.

El IMSS autodenomina éste como un modelo integral y apunta en dos sentidos, el primero relacionado con la perspectiva gerontológica, en donde se fomenta el autocuidado y el fortalecimiento de redes sociales e institucionales y se realiza una evaluación integral (biológica, psicológica y social); en el otro sentido se remarca un carácter integral por la diversidad de componentes: salud mental, convivencia afectiva, alimentación correcta, práctica de actividad física, consumo de agua simple potable, higiene personal, sexualidad, atención preventiva integrada, prevención de violencia, adicciones y accidentes, derechos del adulto mayor y vejez saludable.

El modelo del IMSS refrenda, como en los otros casos que la noción de salud imperante está lejana de reconocer a la salud–enfermedad como un proceso, más bien al contrario, sin reconocimiento de la determinación social de la salud, se orienta a que los pacientes realicen cambios en su estilo de vida. De esta forma se identifica como sujetos de la

atención de forma incluyente a individuos, colectivos, personas adultas mayores y pacientes.

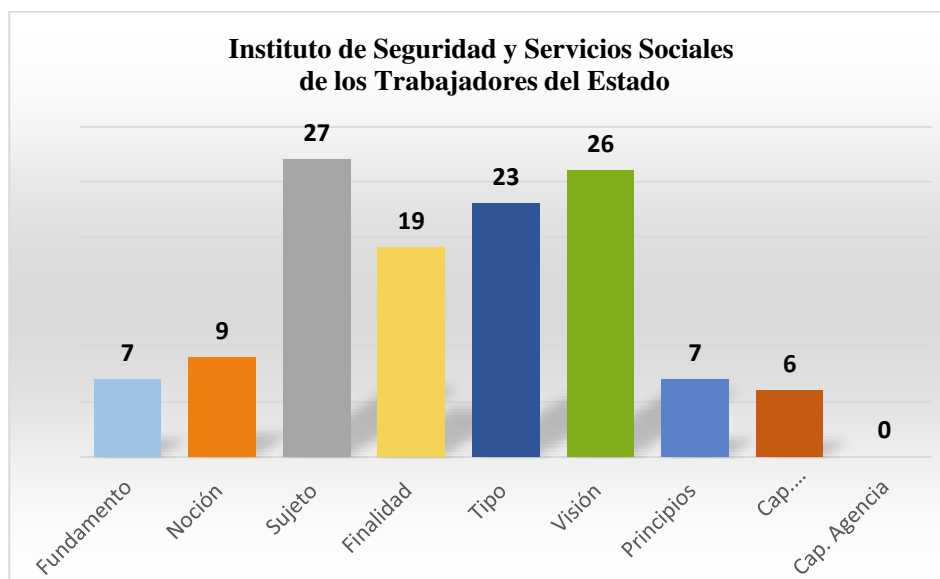
El único elemento que se retoma del modelo ideal en lo referente al tipo de abordaje, es en la atención multidisciplinaria pues se admite que el trabajo lo realiza un equipo conformado por el médico familiar, enfermera especialista, trabajadora social, asistente médica, nutricionista y epidemiólogos. Como parte de la estrategia GeriatrIMSS a los pacientes hospitalizados de urgencia se les brinda consulta geriátrica y un tratamiento multidisciplinario, cuyo manejo ocurre con el geriatra.

Este modelo refiere desarrollarse de manera sectorial, sólo menciona apearse al Programa Sectorial de Salud. Es importante mencionar que este Instituto ha desarrollado un Modelo de Atención Social a la Salud (MASS), pese a ello no hay reconocimiento claro respecto a los derechos de las personas adultas mayores ni de sus condiciones sociales.

En concordancia con lo anterior, sólo se alude a los principios de los derechos humanos por el carácter universal de las campañas de vacunación, dado que el resto de la atención se resulta focalizada y condicionada.

El modelo del IMSS no precisamente corresponde con el enfoque de capacidades, en su lugar menciona que el MASS tiene como propósito el mantenimiento, prolongación y conservación de habilidades y destrezas, por ello se remarca el valor de la funcionalidad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



El modelo del ISSSTE registra un adelanto muy importante al reconocer como sujetos de la atención a las personas adultas mayores y a los colectivos más allá de la idea de ofrecer atención a pacientes o individuos, ello lo aproxima al modelo ideal. El citado Instituto pone de manifiesto su interés por favorecer la integración comunitaria, familiar y social de los mayores.

La perspectiva gerontológica es el componente esencial de su modelo, pues en los programas que desarrollan las subdirecciones de Prevención y Protección a la Salud y la de Atención al Derechohabiente se observan constantemente estos planteamientos a fin de unificar los ámbitos biológico, psicológico y social en la atención de las personas adultas.

Asimismo, en su programa de envejecimiento saludable, que se realiza en unidades de primer nivel, se atiende a las personas adultas mayores en módulos gerontológicos. También hay visitas domiciliarias con perspectiva gerontológica, el ISSSTE acota que no es geriátrica.

En su política institucional el ISSSTE aspira a contribuir al desarrollo integral gerontológico de los trabajadores, derechohabientes y sus familias, propiciando la participación activa de las personas mayores en el ámbito social, cultural y económico.

A diferencia de otros modelos estudiados, en este caso no hay ninguna referencia a indicadores de calidad en salud cuando refiere su visión de integralidad

Necesario para la perspectiva gerontológica es que se procure un abordaje multidisciplinario, así este modelo conjunta a médicos generales o familiares capacitados en gerontología, enfermera capacitada en gerontogeriatría, además de profesionales de trabajo social, psicología, nutrición, odontología y activación física; entre otras actividades este personal es responsable de instruir a familiares, cuidadores y redes sociales en la prevención de riesgos y en mejorar la percepción de calidad de vida.

De manera sobresaliente se anota, como parte de la finalidad de la atención, dos componentes: prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Se menciona que el propósito de la atención integral tiene un enfoque preventivo; cuyas acciones se dirigen a quienes ya tienen una enfermedad para disminuir daños y complicaciones asociados.

En torno a la promoción de la salud destaca el programa elegiSSSTE crecer porque se dirige a derechohabiente de 40 a 59 años, es decir, a personas que tendrían la posibilidad de actuar anticipadamente a su vejez para evitar padecimientos crónico degenerativos.

En oposición al modelo ideal propuesto que sostiene una noción de salud-enfermedad como proceso social determinado, este modelo de la realidad se orienta favorecer el autocuidado y la mejora de la calidad de vida; el ISSSTE señala que el aumento de

personas mayores con padecimientos crónicos incapacitantes significa tratamientos largos y costosos.

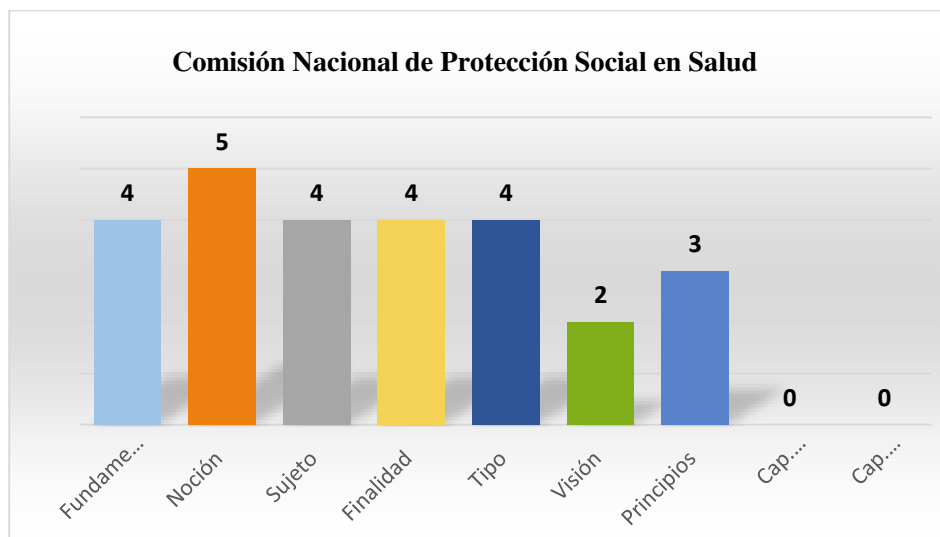
En paralelo a esta postura este modelo se basa en postulados biologists y ahistóricos, lo cual excluye tomar en cuenta las determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en torno a la persona o al colectivo.

Es pertinente reiterar que este análisis se basa en evidencias documentales, así que puede haber algunas diferencias al momento de la aplicación como resultado de ajustes o cambios que se adopten. Valga remarcar que en la política institucional se destaca la preservación y el respeto a los derechos humanos de la población envejecida.

No obstante, resulta que este modelo no responde a los principios de los derechos humanos, más bien sus beneficios están focalizados, por ejemplo hacia adultos mayores frágiles o son condicionados a ser derechohabiente o familiar del trabajador, pensionado o jubilado.

Otro aspecto faltante del modelo ideal es el enfoque de capacidades, en sustitución este modelo de la realidad se inclina a revisar la condición de funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a partir de las cuales se interviene para preservar y evitar la discapacidad, la fragilidad y las repercusiones individuales y familiares que esto implica.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud



La Comisión Nacional de Protección Social en Salud estima que no cuenta con un modelo de atención a la salud de las personas adultas mayores y establece que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un mecanismo de financiamiento por el cual el Estado garantiza el acceso a los servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos hospitalarios.

Distante del derecho a la salud, las líneas anteriores dan cuenta de que el denominado Seguro Popular concierne con la noción de la salud–enfermedad como mercancía, cuya finalidad es la prevención de enfermedades (básicamente vacunación) y la curación (tratamiento médico y/o intervenciones quirúrgicas).

En correspondencia y lejos del modelo ideal propuesto, su fundamento es biológico y ahistórico; además como sujetos de atención están los pacientes, quienes en el caso de ser adultos mayores pueden acceder a 31 intervenciones específicas del *Causes* y a otras 12 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Sobre el tipo de abordaje es interdisciplinario y sectorial. Los principios de derechos humanos están completamente ausentes pues se rige por los criterios de focalización y condicionamiento.

Este modelo de la realidad, dado que atiende a la protección en salud refiere que la atención es integral porque los servicios están disponibles, son accesibles y oportunos.

Secretaría de la Defensa Nacional



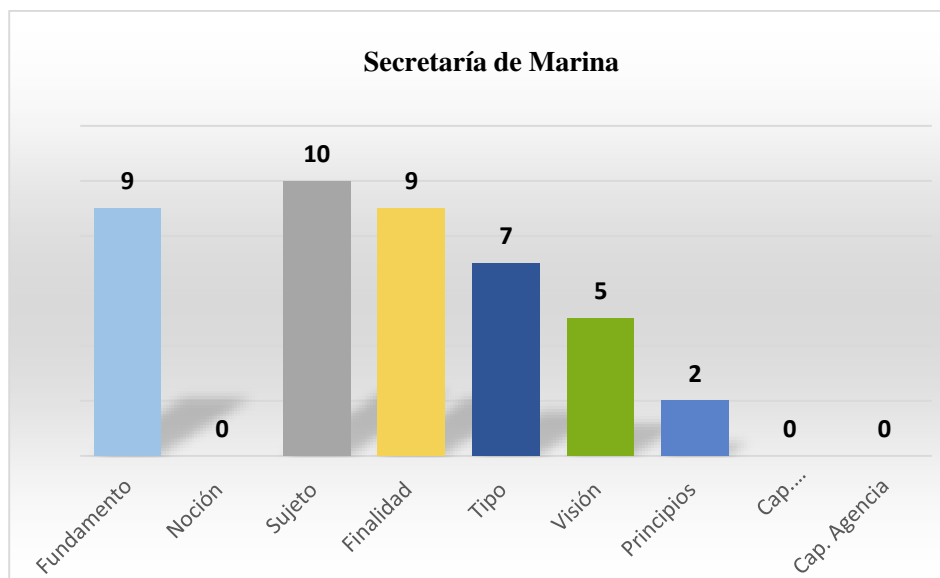
La Dirección General de Seguridad Social Militar es responsable de la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores mediante el denominado programa “Buenas Prácticas”, de ahí se desprende que como sujeto de la atención está el colectivo de militares adultos mayores retirados o en activo. Aunado a ello se tiene como eje de la intervención a la perspectiva gerontológica.

Este modelo de la realidad excluye los principios de los derechos humanos y en su lugar se nombra la focalización de los servicios. Pese a ello, reconoce los derechos de su personal y en casos que se requiera brinda apoyo.

La atención y servicios se caracterizan por ser multidisciplinarios en los centros de atención social y en la casa hogar, empero es interdisciplinaria en hospitales. Asimismo, este modelo de la realidad tiene un sustento biológico y ahistórico respecto a la atención médica que se presta en 5 hospitales de especialidades y en 32 hospitales regionales y de zona.

El objetivo de la atención médica es mantener o recuperar la salud y por consecuencia la independencia, el estado funcional, el estado cognitivo y afectivo, evitar la polifarmacia, reducir el ingreso a hospitales, reducir el costo médico y prevenir la discapacidad.

Secretaría de Marina



El modelo de la Secretaría de Marina propone realizar intervenciones de promoción de salud, prevención y control de enfermedades que impiden lograr una vejez activa y

saludable; sin embargo coloca como sujetos de la atención a pacientes, individuos y colectivos porque congrega a las familias en el acompañamiento de quienes reciben atención médica y en actividades socioculturales.

La finalidad de la atención tiene como vertientes la prevención, y curación de enfermedades, que se realiza en hospitales, sanatorios, clínicas, residencias y centros de día navales en todo el país.

Aparte hay que señalar lo concerniente a la promoción de la salud, pues abarca desde la educación para la salud, comunicación educativa, participación comunitaria y comunicación social, hasta valoración geriátrica integral (biopsicosocial y espiritual), en donde un equipo multidisciplinario coordina las actividades.

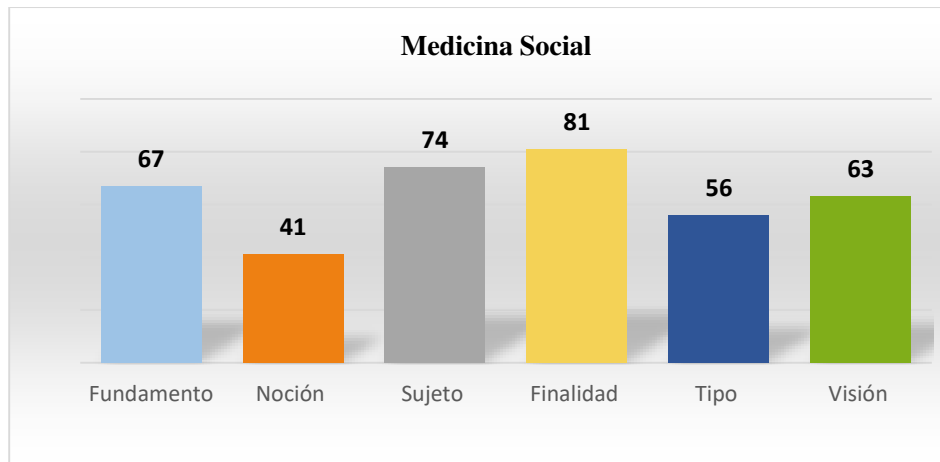
En oposición al modelo ideal, este modelo que se aplica en la realidad se caracteriza por fundamentarse en premisas biologistas y ahistóricas que no dan reconocimiento a las condiciones sociales. De manera complementaria se retoman las bases de la gerontología para fomentar un envejecimiento saludable.

La atención resulta focalizada al incluir a adultos mayores derechohabientes, retirados y pensionados.

Antes de concluir esta revisión se presentan los gráficos correspondientes con cada una de las dimensiones que conforman el modelo ideal considerado, asimismo se resaltará según el caso si existe oposición o apego entre los modelos que operan en la realidad y la propuesta ideal, también tendrá cabida anotar cuando hay elementos en contraposición o ambivalentes.

LA MEDICINA SOCIAL Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE APLICAN EN MÉXICO

Para dar una visión general de los modelos de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores que se aplican en México, respecto a los componentes del modelo propuesto como ideal, en esta sección se referirán los hallazgos correspondientes al vincular los conceptos con las dimensiones establecidas, para culminar con la caracterización del *Modelo General de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores en México*.



El modelo ideal propuesto para el presente análisis retoma algunos planteamientos de la Medicina Social; sin embargo hay que mencionar que varios de éstos componentes no forman parte de los modelos que se aplican la realidad estudiados; la primera omisión corresponde al reconocimiento de las condiciones sociales; es decir, se excluye toda cuestión relacionada con los ámbitos político, económico y social que determinan el proceso salud–enfermedad de las personas mayores.

También como parte de la finalidad de la atención, se deja fuera lo relativo a la rehabilitación; el énfasis de las instituciones está en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la curación; no obstante se puede observar que los objetivos, estrategias, programas y actividades son diversos.

Los modelos de la realidad sí consideran como sujetos de la atención a las personas adultas mayores y a los colectivos, entidades incorporadas en el modelo ideal, aunque aún se conservan las figuras de individuos o pacientes; quizá esto puede representar el tránsito hacia planteamientos más incluyentes.

Por oposición, en lo concerniente al fundamento teórico se conserva un presupuesto por antonomasia ligado al positivismo científico, esto es que los modelos que se aplican en la realidad se sustentan en el biologismo y son ahistóricos; siendo que el modelo ideal propone al materialismo histórico, cuya aportación significaría concatenar la historia y las dinámicas de la sociedad para entender el proceso salud–enfermedad de las personas mayores.

La visión de integralidad es una constante en los documentos, discurso e informes institucionales, alude a una preocupación por resolver cabalmente las demandas de los adultos mayores; sin embargo, los modelos institucionales indistintamente resuelven esta situación, por una parte se destaca la incorporación de la perspectiva gerontológica, misma que comprende la esfera de lo biológico, psicológico y social. Por otro lado, se

responde a esta condición agregando ciertos indicadores en salud tales como disponible, accesible, calidad, eficaz y eficiente.

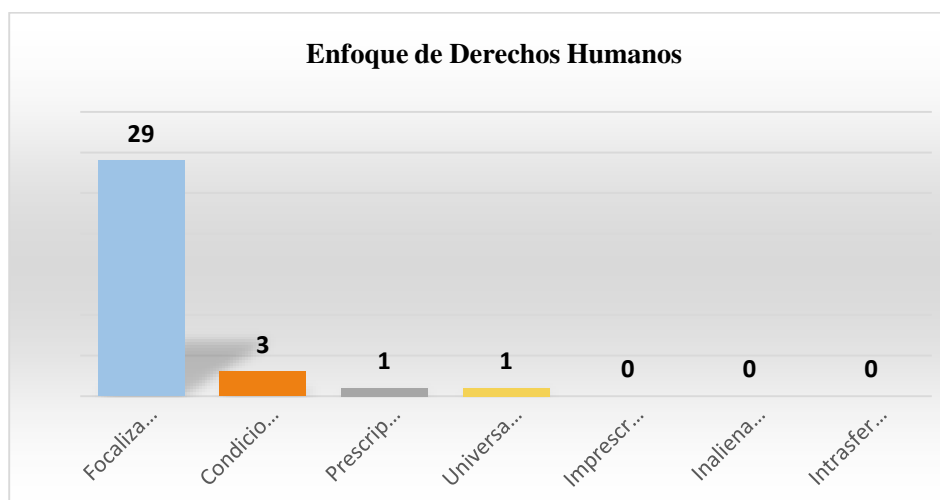
El modelo ideal incluye un componente llamado tipo de abordaje al que corresponden elementos como multidisciplinario, intersectorial y reconocimiento de derechos de las personas, pues bien cada uno de ellos tuvo lugar en los modelos de la realidad expuestos anteriormente. Se puede apreciar que con regularidad las instituciones que incluyen a la gerontología como eje de sus actuaciones también agregan lo multidisciplinario; empero, no en todos los casos se vincula con el reconocimiento de los derechos.

El planteamiento ideal sugiere, también, un abordaje intersectorial; en contraste hay modelos de la realidad tendientes a sostener una posición sectorial; valga entonces reconocer que en este rubro hay disposición para el cambio.

El último elemento relacionado con la Medicina Social es el referente a la noción de salud, todos los modelos de la realidad analizados convergen en la premisa de la salud–enfermedad como mercancía, lejos de apuntar hacia el reconocimiento de que la salud–enfermedad responde a un proceso socialmente determinado.

Luego de revisar lo correspondiente a la Medicina Social, es necesario aproximarse a la segunda dimensión que integra este modelo ideal y que es la relativa al Enfoque de Derechos Humanos.

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE APLICAN EN MÉXICO



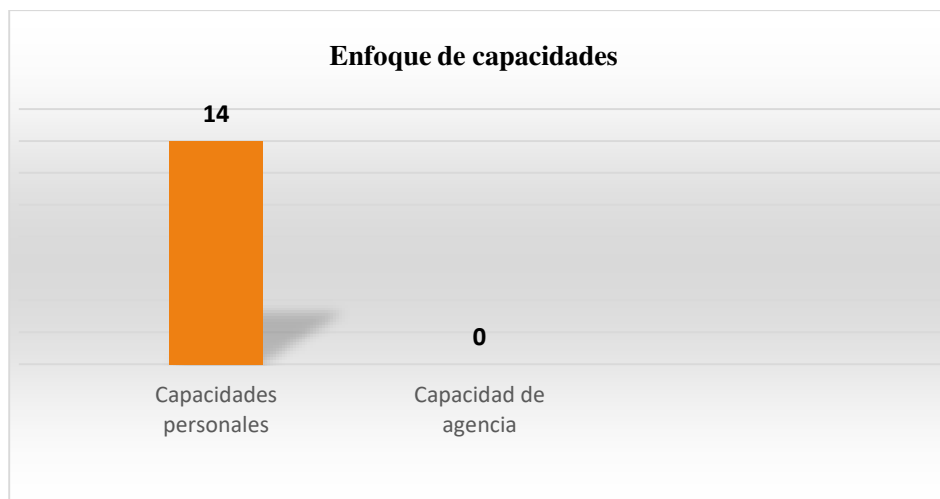
Los modelos de la realidad exceptúan en todo su contenido a los principios de los derechos humanos: universales, inalienables, imprescriptibles e intransferibles; únicamente el modelo del IMSS alude al principio de universalidad en cuanto a las campañas de vacunación que realiza en todas sus unidades de Medicina Familiar.

A este vacío, los modelos analizados, dan como respuesta la focalización y condicionamiento de la atención hacia quienes son derechohabientes, trabajadores en activo, adultos mayores con fragilidad o a quienes experimentan un envejecimiento patológico.

A más de una década de la entrada en vigor de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y luego de que en el año 2011 fue aprobada la reforma que eleva a rango constitucional los derechos humanos, parece que institucionalmente aún no se adoptan las medidas necesarias para respetar, promover, proteger y garantizar los Derechos Humanos.

Para avanzar en la revisión de las resultantes del análisis a los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores se tratará los componentes asociados al Enfoque de Capacidades.

EL ENFOQUE DE CAPACIDADES Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE APLICAN EN MÉXICO



El modelo ideal integra al Enfoque de Capacidades que corresponde a las capacidades personales (corporal, mental y singularidad), así como a la capacidad de agencia

(participación para la toma de decisiones y la participación para la transformación), todos ellos, elementos que no tienen presencia en los modelos que operan en la realidad.

En contraparte los modelos institucionales analizados hacen mención a la funcionalidad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual resulta limitado frente a la exigencia para que las personas adultas mayores sean consideradas en la toma de decisiones y actúen como protagonistas en la transformación de sus propias condiciones.

MODELO GENERAL DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO

Al comparar el modelo ideal propuesto con los planteamientos de las instituciones públicas de salud que atienden a las personas adultas mayores, se cumple uno de los objetivos de esta investigación, asimismo es posible caracterizar un *Modelo General en México de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores*.

La primera consideración es que si bien, hay una distancia entre el ideal de la atención a la salud de las personas mayores, hay elementos que muestran avances; sin embargo hay cuestiones pendientes que mejorarían la respuesta institucional.

Ir más allá del fundamento biologista permitiría incorporar a las ciencias de la salud y a las ciencias sociales para una atención que reconociera la heterogeneidad y diversidad del grupo poblacional constituido por las personas adultas mayores, de esta forma sería factible avanzar en el reconocimiento del derecho a la salud.

La noción de salud–enfermedad como mercancía concuerda exactamente con el fundamento teórico biologista y ahistórico, así como con el reconocimiento de los sujetos de la atención en términos de paciente o individuo. El cambio de paradigma, hacia una noción de salud–enfermedad como proceso social determinado podría traer consigo el reconocimiento del derecho a la salud, actuaciones más efectivas, así como la realización de trabajos interinstitucionales y la participación activa de las propias personas.

Modelo General de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores	
Dimensión	Categorías
Fundamento teórico	Biologismo
	Ahistórico
Noción de salud	Salud-enfermedad como mercancía
Sujeto de la atención	Persona adulta mayor
	Paciente
	Colectivo
	Individuo
Finalidad de la atención	Promoción de la salud
	Prevención de la enfermedad
	Curación
	Rehabilitación
	No reconocimiento de las condiciones sociales
Tipo de abordaje	Interdisciplinario
	Multidisciplinario
	Reconocimiento de derechos de las personas
	Intersectorial
	Sectorial
	Perspectiva gerontológica: abordaje desde lo biológico, psicológico y social
	Categorías de evaluación de los servicios de salud: disponible, accesible, calidad, eficaz, eficiente
Principios de los Derechos Humanos	Universales
	Focalizados
	Condicionados
	Prescriptibles
Capacidades personales	Funcionalidad ABVD
	Funcionalidad AIVD

En la dimensión de sujeto de la atención se pueden entender que hay un avance al articular dos perspectivas, la del modelo ideal que reconoce a personas y colectivos; aunque aún persiste la visión del paciente como objeto de la atención, pasivo y sin elementos, sin información para tomar decisiones e intervenir. El modelo de la realidad también se refiere a individuos, categoría que normaliza y homogeneiza a un grupo diverso, como lo es de las personas adultas mayores.

La finalidad de la atención incluye la prevención, promoción, curación, rehabilitación, pero es necesario el reconocimiento de las condiciones sociales.

En cuanto al tipo de abordaje hay elementos significativos, por ejemplo la atención multidisciplinaria, la cual pondera el conocimiento de otras áreas y profesionales que pueden generar una mejor respuesta institucional. Además de reconocer a las personas, ello indica que podrían obtener mayor información, mejor trato y eventualmente tener una intervención más activa en su proceso de salud–enfermedad.

Sobre la visión de integralidad se debe reconocer la contribución de la perspectiva gerontológica, que ofrece un panorama más amplio de las posibilidades de atención a la salud de las personas adultas mayores; pero aún está pendiente el reconocimiento de las condiciones sociales para fortalecer las acciones en salud desde otros ámbitos como pueden ser el social, económico y político.

Predomina la naturaleza focalizada y condicionada de los servicios; lo cual es correspondiente con la noción de la salud–enfermedad como mercancía, de este modo hay mucha distancia con los principios de los derechos humanos; aunque se externe constantemente la pretensión de avanzar hacia la universalización de los servicios.

Es fundamental que realmente el Enfoque de Derechos Humanos sea tomando en consideración en las políticas de salud, hasta ser incorporado en los modelos de atención de las personas adultas mayores. Se observa que hay un discurso relativo a los derechos humanos, se nombra en los documentos el tema y se reconoce su importancia, pues se presentan argumentos en su favor; sin embargo parece contradictorio que no se identifiquen los principios propuestos en el modelo ideal. De ahí que este sea uno de los desafíos más importantes para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas adultas mayores.

Pensar que las capacidades de las personas mayores se circunscriben a la funcionalidad es una proposición acorde con el fundamento biologista, empero es urgente incorporar a las personas en la real toma de decisión y en la participación de su propio proceso. Ocurre que sólo se considera la funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a pesar de que se habla desde la perspectiva gerontológica de atender a las personas adultas mayores desde lo psicológico y social.

El enfoque de capacidades, considerado en el modelo ideal, alude a que las personas adultas mayores tengan la libertad de elegir la vida que consideren valiosa, además de

que puedan gozar de bienestar, entendido como los logros de una persona a partir de las habilidades, ventajas y oportunidades a que tiene acceso; por ello cabe notar que existe un vacío al respecto.

Las consideraciones enunciadas parten del análisis a los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores; dicho estudio se realizó de forma documental, de esta forma se concibe que hay compromisos asumidos y propósitos por mejorar la respuesta de las instituciones a la demanda de salud de las personas mayores.

VII. DISCUSIÓN

El análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores examina los planteamientos, objetivos, prioridades y metas de las instituciones responsables de su operación. Para visibilizar el alcance y repercusión de cada modelo se consideraron como ejes para la discusión, cada una de las dimensiones propuestas en el Marco Teórico. Adicionalmente se hacen algunas observaciones generales que se refieren al funcionamiento global de lo que podría denominarse el *sistema de atención a la salud de los adultos mayores en México*. Bajo esta lógica se presentan las siguientes proposiciones para la discusión.

No existe transversalidad con perspectiva de envejecimiento pues los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores que se aplican en México responden específicamente a los principios, objetivos y metas de cada institución.

Los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores tienden a homogeneizar a los mayores, principalmente bajo criterios biomédicos y/o patológicos. Por lo que al disociar las nociones de envejecimiento y enfermedad sería factible que los mayores gocen de bienestar y ejerzan su libertad.

En ningún caso, las instituciones que brindan atención a la salud de las personas mayores exponen claramente las características y alcance de lo que definen como envejecimiento activo, envejecimiento exitoso o envejecimiento saludable.

Se advierte un predominio de la salud como mercancía, por lo que es necesario modificar la noción de salud-enfermedad para reconocer que se trata de un proceso social determinado y articular los sistemas, modelos y servicios de atención con las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos.

El Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, en donde participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, incorpora la perspectiva

de género como un elemento fundamental; sin embargo ningún modelo alude a esta perspectiva.

Los modelos del IMSS y del ISSSTE demuestran cambios y avances en el reconocimiento de las personas adultas mayores y de sus condiciones sociales, también consideran el reconocimiento de sus derechos; sin embargo en los informes de la Conamed y de la CNDH son las instituciones con mayor número de quejas.

El rápido crecimiento en el número de afiliados al Seguro Popular, subraya la importancia que tendría para este sistema el contar con un modelo de atención a la salud de las personas adultas mayores y ampliar el alcance de sus intervenciones pues hasta ahora tiene un carácter estrictamente curativo.

El diseño, la aplicación y la evaluación de los modelos que operan en México para la atención de las personas adultas mayores son prerrogativa exclusiva de las instituciones, no se advierte la incorporación de adultos mayores, sociedad civil o académicos. La promoción de la salud que consideran los modelos institucionales que se aplican en México no considera la participación y toma de decisiones de las personas adultas mayores.

En el análisis efectuado a los modelos institucionales fue recurrente la incorporación de la perspectiva gerontológica, pero no se explicita la forma y el alcance de la intervención respecto al orden psicológico y social; en todo caso cobra relevancia que no se reconozcan las condiciones sociales de las personas mayores.

Hay un discurso relativo a los derechos humanos. Se nombra en los documentos el tema y se reconoce su importancia, pues presentan argumentos en su favor; sin embargo parece contradictorio que no se incorporen los principios propuestos en el modelo ideal; de ahí que éste sea uno de los retos más importantes para avanzar hacia el reconocimiento del derecho a la salud de las personas adultas mayores.

En vísperas de la fusión institucional que se propone aún está pendiente la incorporación el Enfoque de Derechos Humanos en los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, a pesar de que las instituciones públicas de salud reconocen su importancia.

La multidisciplinaria es un aspecto que aproxima a los modelos que se aplican en México con el modelo ideal considerado, cada institución refiere contar con equipos de salud integrados por profesionales de diversas áreas.

El criterio de capacidades que incorporan los modelos de atención es muy limitado pues sólo remite a la funcionalidad de las personas para la realización de actividades, especialmente a las relacionadas con la vida diaria.

Incorporar el Enfoque de Capacidades, particularmente la capacidad de agencia, podría significar un avance para la inclusión de las personas mayores en la definición y evaluación de los modelos destinados a su atención.

Asimismo la capacidad de agencia, como un elemento esencial para la atención de la salud de las personas adultas mayores, fortalecería a las redes sociales de apoyo que se congregan en torno a la salud y los derechos y la participación de los mayores en diversos ámbitos; además, desde lo colectivo fomentaría la exigibilidad para la realización del derecho a la salud.

VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo al orden de las categorías definidas para el análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores, se presenta un listado de conclusiones en donde se subrayan las consideraciones más importantes derivadas de la presente investigación.

Los modelos estudiados develan una contradicción, puesto que tienen un *fundamento teórico* mecanicista que explica causas y efectos, al tiempo en que las instituciones afirman basarse en una perspectiva gerontológica.

Como ejemplo de lo anterior, las premisas biológica y ahistórica se corresponden con el planteamiento del Seguro Popular, cuya intervención se limita al ámbito de lo médico bajo criterios costo efectivos para la atención curativa, con ello, además se tiende a homogeneizar a los mayores.

La diversidad del grupo poblacional de personas adultas mayores se uniforma al establecer grupos específicos de pacientes (diabéticos e hipertensos) o al señalar que se atienden enfermedades propias de la edad, ante lo cual se da como única respuesta la medicalización.

Es fundamental remarcar que los modelos analizados consideran como principales *sujetos de la atención* a las personas adultas mayores y colectivos. De fortalecer este hecho las instituciones podrían generar mayor satisfacción a sus derechohabientes, pues no basta con señalar a los individuos como responsables de su enfermedad o como pacientes que sólo escuchan porque desconocen los conceptos médicos, negándoles la posibilidad de tomar decisiones y de participar en acciones relacionadas con su salud.

Se advierte un cambio, puesto que se alude en los modelos a estas cuatro nociones (persona adulta mayor, colectivo, paciente e individuo); respecto a lo colectivo es muy

importante para exigir su inclusión en cuestiones estructurales como la exigencia de respeto a su derecho a la salud.

Se registra un avance respecto a la *finalidad de la atención* pues además de la curación se tiende a prevenir la enfermedad. Además de realizar acciones de promoción de la salud, queda en último sitio la rehabilitación; ésta se delega a la familia para realizarla con sus propios recursos y medios, lo cual resulta paradójico ante el reiterado propósito de los modelos revisados para que las personas adultas mayores mantengan, prolonguen o recuperen su funcionalidad física y mental.

Un cambio positivo que se registra es el relativo al *tipo de abordaje* de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores: se muda hacia lo multidisciplinario, pero aún está pendiente incorporar la transdisciplina para responder a la complejidad del envejecimiento. Probablemente de esta forma también se aceleraría la marcha para agregar lo intersectorial con lo que podrían mejorarse los resultados al emprender nuevas acciones, hacer partícipes a otros actores e incidir en lo personal y en lo colectivo.

Los modelos analizados notoriamente aluden a una *visión de integralidad* indistintamente vinculada, por un lado con las categorías de evaluación de los servicios de salud (disponible, accesible, eficiente, eficaz y de calidad), por otra parte con los ámbitos propios de la gerontología (biológico, psicológico y social), de ahí que se inste a retomar el planteamiento del modelo ideal propuesto, basado en el enfoque de la Medicina Social pues ubica a las personas como seres físicos, biológicos, individuales y sociales, es decir, se reconocen como una unidad en sí mismas que no son susceptible de fragmentarse para su atención; los postulados de la dialéctica remiten también a la idea de totalidad estructural, en este caso permite concatenar estructuras sociales, instituciones y personas.

Es urgente que los modelos que aplican las instituciones de salud para la atención de las personas adultas mayores incorporen los *principios de los Derechos Humanos*, su ausencia es significativa luego de la reforma constitucional que instituye los principios *pro persona* en apego al derecho internacional que establece el respeto a los derechos de las personas más allá de los territorios delimitados en los espacios nacionales. La ausencia de este enfoque explica por qué los modelos revisados remiten a criterios de focalización, condicionamiento y prescripción.

Ningún modelo de atención a la salud de las personas adultas mayores incluye el *Enfoque de Capacidades* con el propósito de reconocer la capacidad personal y de agencia de los mayores.

Conclusiones teóricas

Una vez hecho el análisis y expuestos los resultados es posible retomar los supuestos teóricos definidos para la realización del presente estudio, a fin de proponer tentativamente algunas conclusiones teóricas. Entre las más importantes destacan las siguientes:

El análisis de los modelos de atención a la salud de las personas mayores que operan en México, realizado desde la perspectiva médico social, permite afirmar que el fundamento teórico de dichos modelos sigue siendo fundamentalmente causalista por lo que las acciones son primordialmente curativas. El estudio confirma también que la visión biologista sustenta los modelos que se aplican por lo que las acciones en salud no consideran la determinación social del proceso salud–enfermedad.

Los modelos analizados reconocen que la atención se brinda a personas y colectivos; sin embargo, en ningún caso se otorga la posibilidad de participación efectiva e inclusión para la toma de decisiones relevantes en temas relacionados con su condición ni con su derecho a la salud, de forma amplia.

Para el diseño de un *Modelo Ideal de Atención a la Salud de las Personas Adultas Mayores* fue fundamental el planteamiento de la determinación social de la salud, proveniente de la Medicina Social. No obstante, los enfoques de Derechos y de Capacidades resultaron imprescindibles para reconocer a los adultos mayores como personas únicas, individuales, que merecen el respeto de todos sus derechos, así como para la integración de los elementos institucionales que les permitan alcanzar un bienestar pleno y sostenido que vaya más allá de la recepción de servicios médicos.

El Enfoque de Capacidades planteado por la filosofía liberal e igualitarista de Amartya Sen propone que las personas cuenten con medios adecuados y suficientes para transformar sus realidades y realizar sus vidas con libertad y bienestar, a fin de lograr aquello que consideran valioso. En los modelos analizados, en cambio, la noción de capacidad sólo alude al grado de funcionalidad (sobre todo física) de las personas para efectuar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, por lo que no corresponde con el enfoque amplio de Capacidades.

IX. LIMITACIONES

Dados los objetivos de la presente investigación, el análisis de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores se efectuó con base en fuentes documentales, informes, discursos, presentaciones e informes institucionales, por lo que podría en adelante reunirse evidencias sobre la aplicación de los modelos.

Resulta fundamental reconocer lo que se nombra, si los informes y discursos hacen referencia a un determinado componente, puede ser que éste se realice o no; sin embargo al ser parte del discurso o modelo institucional puede considerarse un adelanto porque eventualmente podría ser aplicado

La información de los modelos de atención a la salud de las personas adultas mayores se halla dispersa, no hay un documento que concentre específicamente el modelo institucional que se opera.

X. REFERENCIAS

- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Aranda Sánchez, J. (Marzo, 2015). Constructivismo y análisis de los movimientos sociales. *Ciencia ergo sum*, 9(3), 218-230. Recuperado el 9 de enero de 2017, de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/3777/2829>
- Arévalo Álvarez, L. E. (2001). *El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos*. México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Breilh, J. (2010). Las tres s de la determinación de la vida y el triángulo de la política. *Seminario: Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde*. Salvador de Bahía: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES.
- Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Coord. C. Eibenschutz, S. Tamez González, y R. González Guzmán, *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (pág. 290). México: UAM-X.
- Calsamiglia Blancafort, H., y Tusón Valls, A. (2001). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. España: Ariel.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Carbonell, J., y Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud. Una propuesta para México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de

http://www.miguelcarbonell.com/libros/El_derecho_a_la_salud_una_propuesta_para_Mexico.shtml

- Cejudo, G. M. (2008). *Discurso y políticas públicas: enfoque constructivista*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas. Recuperado el 4 de julio de 2016, de <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Flibreriaceide.com%2Flibrospdf/DTA-P-205.pdf>
- Chapela Mendoza, M. (2013). *Promoción de la salud y emancipación* (Vol. 111). México: UAM-Xochimilco. Serie Académicos.
- Clark, D. A. (2005). *Global Poverty Research Group*. Recuperado el 17 de febrero de 2017, de The capability approach: its development, critiques and recent advances: <http://www.gprg.org/pubs/workingpapers/pdfs/gprg-wps-032.pdf>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (Febrero, 2017). *Informe anual de actividades 2016*. Recuperado el 26 de marzo de 2017, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/195313/INFORME_2016.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (Enero de 2016). *Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Recuperado el 26 de Marzo de 2016, de Informe de actividades 2016: http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2016/Informe_2016_resumen_ejecutivo.pdf
- Congreso de la Unión. (13 de enero de 2014). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 9 de julio de 2016, de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud, en materia de Atención Preventiva Integrada a la Salud: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5329452&fecha=13/01/2014
- Consejo Nacional de Población, Conapo. (23 de diciembre de 2015). *Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 8 de febrero de 2017, Datos de proyecciones: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Dirección General de Epidemiología. (2017). *Anuario de Morbilidad 1984 - 2016*. Recuperado el 29 de mayo de 2017, <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Dirección General de Seguridad Social Militar. (24 de noviembre de 2016). Atención Integral de las Personas Adultas Mayores. *1er. Encuentro México y el Mundo. Envejecimiento y Vejez, Nuevos Retos*. México.
- Durán Arenas, L., García Peña, C., García, L., y Ordieres Ruiz, M. (2012). Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos. En L. Gutiérrez Robledo, y D. Kershenovich Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: Academia Nacional de Medicina, Academia Nacional de Cirugía, Instituto Nacional de Geriátrica.
- Eibenschutz Hartman, C., Tamez González, S., y González Guzmán, R. (2011). *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* México: UAM-X.
- Fernández Chaves, F. (Junio, 2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. (Universidad de Costa Rica, Ed.) *Revista de Ciencias Sociales*, II(96), 35-

53. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>

Ferrajoli, L. (2001). *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Fundación Paideia Galiza, Morata.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. (1 de enero de 2009). *Normateca Electrónica Institucional*. Recuperado el 23 de junio de 2016, de Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X17/201008031233491756.pdf?id=074219>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. (15 de enero de 2012). Recuperado el 17 de junio de 2017, de Prevenissste: <https://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (Agosto, 2015). *Geriatrimss*. Recuperado el 24 de junio de 2016, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/geriatrimss>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (15 de junio de 2016). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 28 de junio de 2016, de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 8 de marzo de 2017, de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/previsualizador/vista.aspx?arch=/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf&tipo=1

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. (28 de septiembre de 2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. Recuperado el 5 de marzo de 2017, de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf

Instituto Nacional de Geriátría. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. (L. M. Gutiérrez Robledo, M. Agudelo Botero, L. Giraldo Rodríguez, y R. H. Medina Campos, Edits.) México: Instituto Nacional de Geriátría. Obtenido de <http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/HECHOS.pdf>

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., y Estrada, A. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(12), 128-136.

Iriart, C., Waitzkin, H., Estrada, A., y Merhy, E. E. (Agosto, 2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136. Recuperado el 19 de mayo de 2016, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Jiménez Benítez, W. G. (Enero– junio, 2007). El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. 31-46. Obtenido de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=100220305003>
- Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de salud*, 2, 7-25.
- Le Moigne, J. L. (1987). Qu'est-ce qu'un modèle? Université d'Aix-Marseille III, Faculté d'économie appliquée.
- López Arellano, O., y Peña Saint-Martín, F. (2006). Salud y sociedad: aportaciones del pensamiento latinoamericano. En E. De la Garza, *Tratado latinoamericano de sociología*. México: Anthropos / UAM-Xochimilco.
- López, O., y Peña, F. (2006). *Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano*. Recuperado el 28 de junio de 2015, de Medicina Social: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/41>
- López, O., Escudero, J., y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. *Revista Medicina Social*.
- Marique Espinoza, B., Salinas Rodríguez, A., Moreno Tamayo, K. M., Acosta Castillo, I., Sosa Ortiz, A. L., Gutiérrez Robledo, L. M., y Téllez Rojo, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55, S323-S331. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es&tlng=es.
- Medina Gómez, O., y López Arellano, O. (2010). Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México. En M. C. Chapela (Ed.), *En el debate: diabetes en México* (págs. 25-52). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos, *La antropología médica en México* (Antologías Universitarias. Nuevos enfoques en las ciencias sociales ed., págs. 97-113). México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf
- Mercer, H. (1975). Investigación aplicada al campo de la salud. (Organización Panamericana de Salud, Ed.) *Educación médica y salud*, 9(4), 347-354 . Recuperado el 19 de febrero de 2017, de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4420.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de octubre de 2013). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud en las Américas*. Obtenido de <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>

- Rodríguez, M. I. (9 de enero de 2017). *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. Obtenido de <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2014>
- Rosen, G. (2005). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.
- Rosenblueth, A. (1993). *El método científico*. México: Centro de Investigación y Estudios Avanzados. Instituto Politécnico Nacional, SEP.
- Secretaría de Salud. (2014) *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades*. Recuperado el 2 de abril de 2016, de Programas de Acción Específicos 2013-2018:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
- Seguro Popular. (2014). Recuperado el 9 de julio de 2016, de Comisión Nacional de Protección Social en Salud: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/cnpss>
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. (2015). *Modelo Integral de Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 19 de febrero de 2016, de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-mai?state=published>
- Torres, M. (Oct. – dic, 2007). El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4). Obtenido de Revista Cubana de Salud Pública: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000400012&script=sci_arttext
- Urquijo Angarita, M. J. (2008). *La libertad como capacidad. El enfoque de las capacidades de Amartya Sen y sus implicaciones en la ética social y política*. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Urra, E., Muñoz, A., y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 2(10), 50-57. Recuperado el 19 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004
- Waitzkin, H. (2006). *Medicina social*. Recuperado el 28 de junio de 2015, de Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/14>

¹ Respecto a los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 efectuado por el Inegi, hay una diferencia porcentual de 1.4%, ya que para 2015 la población de personas mayores ascendió a 10.1 millones, es decir 9 por ciento de la población total; de los cuales 5.4 millones corresponden a mujeres y el restante 4.7 millones son hombres.

² La multimorbilidad ocurre cuando una persona padece dos o más enfermedades.

³ La gerontología tiene como objetos de estudio el viejo, la vejez y el envejecimiento desde una aproximación biológica, psicológica y social; a diferencia de la geriatría que corresponde a la especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de las personas mayores.

⁴ La Secretaría de Marina omite el número de personas con discapacidad, sólo refiere que se trata de un gran porcentaje de personas adultas mayores en esta condición.

⁵ Esta noción apunta en dos sentidos: directo (servicios de salud) e indirecto (venta de medicamentos de patente, medicalización de los modelos alternativos)

⁶ Entiéndase por complejidad: multidimensional, contradictorio, jerárquico y diverso.