

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

El ISSSTE y los Adultos Mayores en el Sexenio 2006 – 2012

Tesis

Que para obtener el título de Licenciado en Ciencias Políticas y  
Administración Pública

(Opción Administración Pública)

Presenta: Ruiz Guerrero Jorge Alan

Director de Tesis:

Carrillo Landeros Ramiro

México D. F

2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



El pueblo a la universidad y la universidad al pueblo.  
David Alfaro Siqueiros.  
1950 – 1954.

*“Es del todo cierto, y así lo demuestra  
la Historia, que en este mundo no se arriba  
jamás a lo posible, si no se intenta  
repetidamente lo imposible...”  
Max Weber.  
La política como vocación*

## **Agradecimientos**

Esta humilde tesis significa la conclusión de un ciclo, así como el inicio de un proyecto profesional y de vida.

Le agradezco a la sociedad mexicana que ha solventado, con sus impuestos, una parte de mi formación en las escuelas públicas a las que he podido acceder para ser un profesional al servicio de ella.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, fuente de conciencia y humanismo para los jóvenes, por abrirme las puertas de sus aulas.

A mi familia, especialmente a mis padres, Jorge y Tere, a quienes admiro por ser un ejemplo de esfuerzo, apoyo y dedicación. A mi hermana Jocelin, por acompañarme en esta travesía. A mis abuelitas Eva y Dominga por su cariño y cuidado. A mis abuelos Jorge e Ignacio por sus lecciones.

A mi Maestro, el Doctor Ramiro Carrillo Landeros, director de esta tesis, por su orientación, paciencia y confianza. Por motivarme y alentarme a concluir esta investigación.

A mi Maestra, la Doctora Elena Jeannetti Dávila, por darme la oportunidad de colaborar a su lado, la confianza, el apoyo y las lecciones, que me ha dado, tanto para la academia como para la vida.

A mis revisores de tesis el profesor Edgardo Villasana, por sus puntuales y nutritivas observaciones. El profesor Gabriel Valenzuela por sus acertados comentarios, apoyo y solidaridad. Y el profesor Ricardo Navarro Reyna por sus aportaciones, que han hecho de esta tesis un mejor trabajo.

A Rebeca Maqueda por todos esos bellos momentos, invaluable compañía y apoyo incondicional para concluir esta tesis.

Al Doctor Mauricio Covarrubias por sus valiosas clases de Teoría Económica, donde encontré mi tema de tesis y su apoyo académico.

Al Profesor Luis Jaime Sánchez Sánchez por sus invaluableles clases de Ciencias Sociales.

A Jorge López por su apoyo, lecciones y pláticas para construir un mejor trabajo de investigación.

A Susana Alarcón, Rogelio Cuahutle, Eduardo Cerón, Carlos Alberto Jiménez, por su compañía y apoyo en estos últimos años.

A Tania Ugalde, Abigail Ruiz, Vanesa Flores, Erika Garrido, Carolina Díaz, Juan Manuel González, Diego Torres, Karla Martínez, Montse Oliva, Gerónimo Cuevas, Alberto Valadez, por aquellos buenos momentos que hemos compartido.

A Alejandro Carrasco, Ricardo Dávila y todo el equipo de Crear Lideres por darme el último empujón para cerrar esta aventura e iniciar un nuevo viaje.

A todos los profesores con quienes tuve la oportunidad de tomar clase y aprender de ellos.

## Índice

Introducción.....	7
Capítulo 1. Marco Teórico .....	13
1.1 El Estado .....	13
El Gobierno Instrumento del Estado .....	17
La Administración Pública.....	19
La Administración Estratégica .....	23
1.2 La Salud.....	27
El Derecho a la protección de la salud.....	27
1.3 El Envejecimiento .....	28
1.4 Marco Institucional de Salud y Envejecimiento en México.....	30
El Sistema Nacional De Salud .....	31
El Sector Salud en México .....	33
El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado .....	34
El Plan Nacional de Desarrollo y la Salud.....	36
El programa de acción específico 2007-2012 sobre envejecimiento .....	37
Capítulo 2. La respuesta del Sistema Nacional de Salud al Envejecimiento Poblacional .....	40
2.1 La Creación del Instituto Nacional de Geriátría .....	41
2.2 Modelos de atención médica para Adultos Mayores.....	43
Programa “Geriatrimss” en el Instituto Mexicano del Seguro Social .....	43
Programa “Envejecimiento saludable” en el ISSSTE.....	44
Operación del programa .....	49
2.3 Planteamiento del problema en el Programa “Envejecimiento Saludable”.....	53
Análisis Estratégico del Programa .....	55
Matriz F.O.D.A .....	56
Diagnóstico del Programa.....	59
2.4 El Fenómeno de Envejecimiento Poblacional .....	60

El Envejecimiento a Nivel Mundial .....	61
El Caso de México .....	68
Capítulo 3. De frente al futuro .....	73
3.1 Las Implicaciones del Envejecimiento .....	73
Los Problemas de Salud de los Adultos Mayores.....	74
3.2 El Cambio en la Pirámide Etaria del ISSSTE.....	79
Los Problemas de Salud en el ISSSTE .....	80
3.3 Un Acercamiento al Futuro del Programa “Envejecimiento Saludable”	81
Escenario Deseable.....	86
Escenario Catastrófico.....	90
Escenario Tendencial .....	94
Capítulo 4. Propuestas para Mejorar el Programa “Envejecimiento Saludable” ....	98
4.1 Un Modelo de Administración Estratégica .....	99
4.2 La Transparencia un Elemento Vital .....	101
4.3 Más profesionales especializados .....	105
4.4 Una Terapia Ocupacional .....	108
4.5 El Fortalecimiento de la Medicina Preventiva .....	112
4.6 La Promoción del Envejecimiento Activo y Preparación para la Jubilación	114
.....	
4.7 La Inserción de la Musicoterapia .....	117
4.8 Hacia la Gerontecnología .....	122
4.9 Para Finalizar.....	124
Conclusiones.....	125
Bibliografía .....	132

## Introducción

La presente tesis realiza una investigación sobre la respuesta que el Estado mexicano ha dado a través de su gobierno, administración pública e instituciones para atender la salud de los adultos mayores para alcanzar un envejecimiento activo y digno, en el periodo de gobierno 2006 a 2012. Prestando especial atención a la respuesta del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en su programa “Envejecimiento Saludable”. Realizando un examen con base en la administración estratégica, para detectar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que el programa posee para brindar atención a la creciente población de adultos mayores, identificando las áreas donde se requiere atención para maximizar los beneficios.

En el siglo XXI los países enfrentan un cambio radical en la configuración de su estructura poblacional. La consecuencia del cambio se debe al proceso de transición demográfica que ningún país está ajeno a vivir. El fenómeno inició a mediados del siglo XX y se acentuará al final de la primera mitad del siglo XXI. Esta transición desembocará en la constitución de un perfil demográfico caracterizado por una población en edades avanzadas. El resultado de dicho fenómeno se denomina envejecimiento poblacional, el cual puede ser estudiado como un proceso donde intervienen factores como la disminución de la natalidad, el aumento de la mortalidad y el crecimiento de la esperanza de vida.

Por lo tanto, significa uno de los mayores retos a enfrentar por la sociedad de cada país, demandando la transformación de las instituciones del Estado para absorber las presiones que serán indispensables de atender, por medio de la administración pública, para evitar el desbordamiento de su capacidad de respuesta.

En México el proceso de envejecimiento poblacional se vivirá mediante un incremento de la población en edades avanzadas, la cual se mantendrá durante toda la primera mitad del siglo XXI. En un principio a un ritmo moderado, posteriormente en forma más acelerada. De hecho, el Consejo Nacional de Población estima en sus



proyecciones de población del año 2012 que la población en edades mayores sea de 23.1 millones para el año 2050.

El aumento considerable de adultos mayores, conllevará una serie de presiones a las instituciones públicas de seguridad social del Estado mexicano, principalmente en el área de pensiones así como en atención a la salud, donde se presenta un significativo aumento en la demanda de servicios especializados de atención médica, para una población compleja. Lo anterior se debe al padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas, como: hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, por mencionar a algunas afecciones. Estas patologías conllevan tratamientos con tecnologías y medicamentos más costosos, así como cuidados institucionales o familiares por el grado de dependencia generado, factores que implicarán un aumento en las erogaciones del ramo de salud.

Dentro del envejecimiento, un factor que toma un papel estratégico, es la atención médica, por ayudar a alcanzar un estado óptimo de salud. Esto se debe a la posibilidad que ofrece de reducir el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica degenerativa, así como afecciones mentales como depresión, Alzheimer o demencia senil. Las enfermedades anteriormente mencionadas propician fragilidad y dependencia en el adulto mayor. Estos elementos propician exclusión, abandono, olvido y maltrato, impidiendo una vejez de calidad. Por lo cual el Estado mexicano, su Gobierno y Administración Pública tienen la responsabilidad de emprender el diseño de acciones para atender a los adultos mayores, con la finalidad de ofrecerles la oportunidad de envejecer saludablemente, con dignidad e independencia.

La Administración Pública tiene un papel clave en la respuesta de las instituciones de salud, al brindar los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos de forma oportuna, para incrementar la capacidad de respuesta de las instituciones. De igual manera es la encargada de generar los planes, programas y esquemas de organización; pertinentes para mejorar los servicios médicos, dirigir su funcionamiento, así como controlar los procedimientos indispensables para elevar la calidad de los servicios, incrementando las oportunidades de acceder a una atención médica oportuna y efectiva.

En la presente investigación se utiliza el enfoque de administración estratégica para detectar las fortalezas y debilidades así como oportunidades y posibles amenazas que puede presentar el objeto de estudio de esta investigación. Dicha escuela de la Ciencia de la Administración, ofrece la oportunidad de observar ampliamente el contexto dinámico y complejo donde se desarrolla una acción, programa o proyecto. Abriendo la puerta a la generación de acciones integrales, así como inteligentes que incrementarán la efectividad, eficiencia y eficacia de los programas.

Esta tesis abordará la importancia de la salud en el proceso de envejecimiento por ser un factor clave en el desarrollo de vida del adulto mayor. Una buena salud resta la probabilidad de caer en estados de fragilidad y dependencia por enfermedades crónico degenerativas o afecciones mentales. Además, se disminuyen las presiones en la familia e instituciones de salud por cuidados especiales. De igual manera, los tratamientos representan un alto costo y en la sociedad significa insertar a un adulto mayor activo y funcional.

La respuesta que ofrece el sistema de salud mexicano para atender las necesidades médicas de los adultos mayores, se traduce en la creación del Instituto Nacional de Geriatría para realizar trabajos de investigación biomédica sobre el proceso de envejecimiento humano, así como en los desafíos que se presentarán al sistema de salud y el establecimiento de programas de atención médica integral para adultos mayores en las principales instituciones de salud como el IMSS e ISSSTE.

Centrar el análisis en la respuesta que ofrece el ISSSTE a sus derechohabientes se debe a la alta proporción de adultos mayores que actualmente atiende. Esta población alcanza a ser de 1.6 millones de personas, es decir el 13.3% de población total adscrita al instituto. Por lo cual el ISSSTE ha sido la primera institución de salud pública en emprender acciones en materia de atención médica especializada que tiene como finalidad, ofrecer la oportunidad a los derechohabientes mayores de 60 años, de acceder a una senectud con dignidad.

En las investigaciones sobre el proceso de envejecimiento y sus consecuencias en diversos ámbitos, destacan los estudios de Elena Zúñiga, con el libro *Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI*, de Cecilia Rabell Romero con el libro *Para entender la Población*, el de José Gómez de León Cruces con el libro *La Población de México. Tendencias y Perspectivas Socio demográficas hacia el siglo XXI*; todos ellos en el área sociodemográfica.

A lo anterior se añaden los estudios del Consejo Nacional de Población (CONAPO) contenidos en sus compendios de ensayos publicados en su libro anual titulado *La Situación Demográfica*. Material que alberga los siguientes trabajos: “Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años”, “Dividendo demográfico y erogaciones por atención a la salud en México”, “¿Qué tanto vivimos los mexicanos?” y “El Envejecimiento Demográfico en México, principales tendencias y características”. Todos estos trabajos analizan las raíces y consecuencias del proceso de envejecimiento, al vislumbrar los futuros desafíos para las instituciones de nuestro país.

La UNAM ha realizado numerosos estudios sobre el envejecimiento y los retos que se presentarán en las próximas décadas, destacando la tesis de licenciatura de Marco Antonio Hernández sobre *Envejecimiento de la población, alternativas de pensiones y empleo* en la Facultad de Ciencias, el trabajo de Oscar Narváez que aborda al *Envejecimiento de la población y sus efectos en la estructura, funcionamiento y desarrollo del equipamiento urbano*, en la Maestría de Urbanismo o la obra de Gabriela Ruiz Rosales sobre *Envejecimiento, vulnerabilidad social y situación laboral de los adultos mayores en el Estado de México 2000-2005* en la carrera de Sociología.

Un factor importante dentro del desarrollo de la presente investigación fue el complicado acceso a la información relévente y clave del programa envejecimiento saludable en el ISSSTE. Este elemento dificultó la posibilidad de contar con datos en el área financiera del programa. Obstaculizando la construcción precisa y cuantificable de los costos conlleva a la omisión de acciones para el instituto, así como la cantidad

de recursos económicos que conlleva la implementación de los elementos abordados en el modelo propositivo.

Si bien hubo un acercamiento con los responsables del programa en el ISSSTE para solicitar la información necesaria para comprender claramente el objeto de estudio, existió una renuencia en el suministro de datos necesarios sobre el presupuesto asignado al programa desde que inició sus operaciones, evidenciando la existencia de prácticas lacerantes en el campo de la transparencia en el instituto, situación que se puede interpretar como un manejo discrecional de la información pública, acciones de secrecía y omisión de la publicación de la información. Este aspecto incentivó en la investigación, que en el modelo propositivo se contemple la suma de mecanismos de transparencia para el programa, medios que permitirán el flujo de la información, abriendo la oportunidad para reforzar la legitimidad del programa.

La investigación se desarrolla a través de cuatro capítulos más un apartado de conclusiones. En el primer capítulo se explica la relación entre Estado, Gobierno, Administración Pública y la responsabilidad de proteger a toda la población de los riesgos que atentan contra su salud, en especial en la etapa de envejecimiento. En el segundo capítulo se aborda el análisis de la respuesta presentada por el sistema nacional de salud a la población mayor, resaltando la presión que conlleva el fenómeno de envejecimiento poblacional. Realizando el estudio particular del programa “Envejecimiento Saludable” del ISSSTE, desde la perspectiva de la administración estratégica, generando un análisis situacional o estratégico conocido como FODA, donde se vislumbrarán las principales áreas de oportunidad que el programa presenta y donde la Administración Pública puede intervenir para mejorar su desempeño, logrando con ello maximizar los beneficios ofrecidos por el programa. La revisión del fenómeno de envejecimiento se hace partiendo de una perspectiva teórica-demográfica revisando las estadísticas en el mundo como de nuestro país.

En el tercer capítulo se estudian los principales aspectos que rodean al envejecimiento en México; el primero de ellos es la situación de pobreza en las edades de 65 años en adelante, después se analiza el cambio en la pirámide etaria de la población del ISSSTE, consecutivamente se explica la situación médica de los

adultos mayores a nivel nacional y se examina la situación médica de los derechohabientes en el instituto. Más adelante se elaboran tres escenarios prospectivos sobre el futuro del programa envejecimiento saludable, elementos que ayudarán a prever lo que podría pasar si se actúa de inmediato para corregir su desempeño, se omiten acciones o si son de baja intensidad.

En el cuarto capítulo se presenta un modelo y propuesta que plantea una serie de acciones para ayudar a mejorar al programa envejecimiento saludable. Esto con la finalidad de maximizar sus beneficios para la población adulto mayor derechohabiente del instituto. Dichas acciones giran alrededor del envejecimiento sano, activo y positivo. Para ello se requiere de la participación incesante de la administración pública, por ser el instrumento que facilita la gestión y el acceso a los recursos indispensables, para el funcionamiento pleno de los programas del instituto.

Cerrando con un apartado dedicado a las conclusiones, argumentos derivados de realizar un análisis amplio, complejo y completo sobre el tema central. Concretándose en enunciados puntuales que demuestran un ejercicio lógico deductivo, donde se construye un argumento para verificar y validar o invalidar los datos y la información presentada en la investigación. Constituyendo así la parte final y sustantiva de un trabajo profesional realizado con la finalidad de comprender los retos, así como las oportunidades, que el envejecimiento poblacional conlleva para el ISSSTE.

# Capítulo 1. Marco Teórico

Es necesario explicar conceptos como: Estado, Gobierno, Administración Pública, Administración Estratégica, Salud y Envejecimiento, por mencionar a algunos, para comprender la respuesta que el Estado mexicano ha dado a través de su gobierno, administración pública e instituciones para atender la salud de los adultos mayores para alcanzar un envejecimiento activo y digno, en el periodo de gobierno 2006 a 2012. Y en particular la respuesta del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en su programa “Envejecimiento Saludable”.

## 1.1 El Estado

La idea con mayor grado de trascendencia dentro de la historia del pensamiento humano, es la de “Estado”, y puede ser entendida como la máxima expresión de la organización política de una sociedad. Abstracción que regula la vida social mediante las acciones de gobierno ejecutadas por su administración pública. Para tener clara la conceptualización de “Estado”, es necesario realizar un análisis de la evolución que experimentó dicha idea en las reflexiones realizadas por diferentes pensadores para llegar a una “definición”<sup>1</sup>.

El vocablo Estado “viene del latín *Status*, a su vez proviene del verbo *stare*, el cual significa: estar parado, detenido”<sup>2</sup>, remitiendo a la idea de estabilidad, certeza o equilibrio. En regiones geográficas del mediterráneo como Grecia y Roma se concebían a la *polis* y a la *civitas* respectivamente como sociedades humanas naturales, eran el agrupamiento de una población organizada política y jurídicamente. Tanto griegos como romanos identificaban y relacionaban estos dos conceptos en lo que hoy se conoce como Estado, pero “no empleaban dicho concepto porque no había palabra alguna que capturara la esencia de ese ente abstracto con personalidad jurídica colocado por arriba del pueblo, en ese tiempo histórico”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Acción que en un sentido amplio y claro significa establecer los límites de un objeto mediante el señalamiento de sus características, es decir destacando los elementos que lo conforman.

<sup>2</sup> *Diccionario etimológico*, Chile. Disponible en <http://etimologias.dechile.net/?estado>. Consultado el 26 de Marzo de 2013.

<sup>3</sup> Rojas Delgado, Cristina, *La política en la prestación de servicios públicos en el municipio de Melchor Ocampo: estudio de caso: período 1997-2009*, México, 2010, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p.5.

La revisión inicia destacando la conceptualización elaborada por el florentino Nicolás Maquiavelo en su obra *El Príncipe* en 1513 donde indicó: "Todos los estados, todas las dominaciones que han ejercido y ejercen soberanía sobre los hombres, han sido o son repúblicas o principados"<sup>4</sup> logrando la popularización en Italia la idea moderna de "Estado", por destacar de manera implícita sus elementos fundamentales, como la autoridad, los hombres o pueblo, el gobierno y el territorio. Factores que permiten sustentar un poder sobre los hombres, guiar y trazar el rumbo de una sociedad, buscando la estabilidad y bienestar general de las personas.

Más tarde surgió una corriente de pensadores que reflexionaron acerca del Estado como producto de un pacto o contrato realizado por la sociedad, tal postura es conocida con el nombre de "contractualismo". Bajo dicha línea destacan pensadores como Thomas Hobbes, John Locke, Charles Louis de Secondat barón de Montesquieu y Jean-Jacques Rousseau, entre otros.

El inglés Thomas Hobbes señaló que "Estado" es:

"una persona de cuyos actos una gran multitud, por pactos mutuos, realizados entre sí, ha sido instituida por cada uno como autor, al objeto de que pueda utilizar la fortaleza y medios de todos, como lo juzgue oportuno, para asegurar la paz y defensa común"<sup>5</sup>

Dicho pacto se denomina *Leviatán*, que se entiende como: "... aquel dios mortal, al cual debemos, bajo el Dios inmortal, nuestra paz y nuestra defensa"<sup>6</sup> bajo el uso de la espada o el poder público para lograrlo.

Para el inglés John Locke el Estado:

"puede llevarlo a cabo cualquier cantidad de hombres, porque no perjudica a la libertad de los demás, que sigue estando, como lo estaban hasta entonces, en la libertad del estado de naturaleza. Una vez que un determinado número de hombres ha consentido en constituir una comunidad o gobierno, quedan desde ese mismo

---

<sup>4</sup> Maquiavelo, Nicolás. *El Príncipe*, México, Editorial Porrúa, primera edición Sepan cuantos, 1970, p. 11.

<sup>5</sup> Hobbes, Thomas. *El Estado*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p.11.

<sup>6</sup> Hobbes, Thomas. *Leviatán*, México, Gernika, 1994, p.11.

momento conjuntados y forman un solo cuerpo político, dentro del cual la mayoría tiene derecho de regir y de obligar a todos.”<sup>7</sup>

Después Jean Bodin definiría al Estado como:

“Un recto gobierno de varias familias, y de lo que le es común, con un poder soberano con territorio suficiente para albergar a sus habitantes, tierra fértil y ganado abundante para alimento y vestido de sus súbditos, templanza en el aire y bondad de las aguas para que gocen de salud y para la defensa y refugio del pueblo, materias propias para construir casas y fortalezas, si el lugar no es de suyo cubierto y defendible.”<sup>8</sup>

Para el francés Charles Louis de Secondat barón de Montesquieu el Estado puede ser entendido como: “las fuerzas particulares no pueden unirse sin que se reúnan todas sus voluntades. La reunión de estas voluntades es lo que se llama Estado civil”<sup>9</sup>. El francés Rousseau concibió al “Estado” como el resultado de un “pacto en el cual la condición es igual para todos, cuyo fin es la conservación y la prosperidad de sus miembros”<sup>10</sup> donde “la persona pública que se constituye así, por la unión de todas las demás (contrato social), tomaba en otro tiempo el nombre de ciudad, y hoy el de república o cuerpo político, el cual es denominado Estado cuando es activo.”<sup>11</sup>

En otra latitud Hegel en el siglo XIX conceptualizó de manera idealista al Estado al definirlo como “... Un Dios terrestre (...) expresión de lo que hay de universal en el hombre (...) para asegurar el reino de la libertad (...) Concibiendo al Estado como un organismo espiritual, es decir la encarnación de la idea ética de un pueblo”.<sup>12</sup> Para Hans Kelsen creador de la Teoría pura del Derecho la conceptualización del Estado fue como “...la personificación del orden jurídico mismo, es decir, el Estado es sólo un conjunto de normas”<sup>13</sup>. Concebido como una estructura formal de normas que rigen a

---

<sup>7</sup> Locke, John, *Segundo Tratado Sobre El Gobierno Civil*, México, Gernika, 1997, p. 93.

<sup>8</sup> Bonin, Jean, “Libro I” en *Los siete libros de la Republica*, España, Tecnos, 1981, p.9.

<sup>9</sup> Charles Louis de Secondat barón de Montesquieu, *Del espíritu de las leyes*, España, Tecnos, 2007, p.17.

<sup>10</sup> Rousseau, Juan J. *El Contrato Social*, México, Editores Mexicanos Unidos S.A. 1985, p.132.

<sup>11</sup> *Ibíd*, p.49.

<sup>12</sup> Sánchez Azcona, Jorge. *Lecturas De Sociología Y Ciencia Política*, México, Universidad Nacional Autónoma De México, 1975, pp. 24 - 25.

<sup>13</sup> *Ibíd*, pp. 163-164.



la sociedad, proveyendo certezas legales y estabilidad a la población, provocando una rigidez e inflexibilidad en su actuar, restando adaptabilidad y dinamismo.

Max Weber señaló en su trabajo titulado *El Político y el Científico*, en el apartado “La política como vocación” que el Estado moderno es:

“...una asociación de dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que para lograr esta finalidad ha reunido todos los medios materiales en manos de su dirigente y ha expropiado a todos los funcionarios que antes disponían de ellos por derecho propio, sustituyéndolos con sus propias jerarquías supremas”<sup>14</sup>.

El teórico alemán Georg Jellinek menciona que “...el Estado es la corporación territorial dotada de un poder de mando originario”<sup>15</sup>, la frase refleja una comprensión del Estado como síntesis de sus tres elementos, pueblo, territorio y gobierno. Pero esos elementos son insuficientes para explicar cabalmente al Estado, dado que requiere de ordenamientos jurídicos reguladores de la vida en comunidad para alcanzar un bienestar común. Siendo así, Jellinek destaca que el Estado está conformado por cinco elementos vitales: “el Territorio, la población, el orden jurídico, la autoridad o gobierno y un bienestar común”<sup>16</sup>.

Por lo tanto, se concluye que el Estado es una idea abstracta, la cual privilegia la asociación de individuos, que bajo una dominación política en un territorio determinado, han monopolizado con éxito el ejercicio de la fuerza, para establecer una organización institucional y una autoridad, entendida como gobierno, el cual vela por la paz, la defensa común y el desarrollo integral de sus habitantes.

---

<sup>14</sup> Weber, Max, “La Política como vocación” en *El Político y el Científico*, México, Colofón. S A, pp. 14-15.

<sup>15</sup> Jellinek, Georg. *Teoría General del Estado*, México, Compañía Editorial Continental, 1958, pp. 645 - 646.

<sup>16</sup> Jellinek, Georg, *ibídem*. P. 646.

## ***El Gobierno Instrumento del Estado***

La idea de Gobierno es tan antigua como la de Estado, por su carácter de organización base que determina y regula la vida del ser humano. La raíz de la palabra gobierno puede ser rastreada a la cultura helénica donde “el verbo `hago significa conducir, guiar y dirigir, mientras que `arjós se interpretó como gobernar, mandar y dirigir, y `arjés como imperio, reino, mando, poder o gobierno”<sup>17</sup>. Otro antecedente de la palabra gobierno es “el vocablo “kybernetes”, la cual hace referencia al piloto o timonel de las naves, de ahí derivó el vocablo “kibernan–kibernao” relativo a la técnica o arte de pilotear las naves, esto remite a la idea de dirección y conducción, el cual pasó al latín como “gubernare”, que se refiere a guiar, dirigir y regir una cosa o mandar con autoridad, para dar origen en la lengua española a la palabra gobernar”<sup>18</sup>.

Definir al gobierno desde una perspectiva aristotélica como: “una asociación política que tiene por fin la virtud y la felicidad de los individuos y no sólo la vida común”<sup>19</sup>. Con este concepto se vislumbra que el gobierno es parte fundamental de la polis, organización establecida para el cumplimiento de los fines colectivo, el cual es ofrecer bienestar a la sociedad representada.

El gobierno dirige y conduce el rumbo de la sociedad mediante el conjunto de órganos establecidos para la ejecución de la política del Estado. También se puede definir como: “El conjunto de órganos al que el Estado institucionalmente le ha conferido el ejercicio del poder”<sup>20</sup> fungiendo como un instrumento intermediario entre el gobernado y el gobernante. “El concepto gobierno, en tanto acción y efecto de gobernar o gobernarse, significa dirigir o administrar los recursos y el destino de una nación mediante la operación de diversas instituciones públicas cuya actuación se sustenta en leyes”<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> Carrillo Landeros Ramiro, *Fundamentos Éticos Y Epistemológicos De La Ciencia Política Y La Administración Pública*, México, 2005, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 61.

<sup>18</sup> *Ibíd*, p. 61.

<sup>19</sup> Aristóteles, *La política*, España, Espasa-Calpe, 1989, p. 20.

<sup>20</sup> Martínez, Morales, Rafael, *Derecho Administrativo*, México, Harla, 1994, p.31.

<sup>21</sup> Carrillo R., *óp. cit*, p. 61.

El concepto de gobierno de acuerdo a Carrillo Landeros denota que:

“El gobierno en tanto forma organizada del Estado, se puede resumir como mandar con autoridad por medio de un acto soberano en el que se manifiesta la voluntad popular para delegar tal autoridad a favor de individuos que actúan y dan vida a las instituciones públicas o gubernamentales, cuyo sustento, origen y actuación se encuentra en disposiciones plasmadas en una constitución y otros instrumentos jurídicos de naturaleza secundaria que derivan de aquella, otorgando facultades y atribuciones a dichos individuos (gobernantes) e instituciones (aparato gubernamental) para detentar y ejercer el monopolio del poder y la violencia legítima con base en el uso de la fuerza pública (ejército y policía) sobre los individuos asentados en su territorio (gobernados), para construir un binomio indisoluble que es la esencia del gobierno: gobernado-gobernante.”<sup>22</sup>

Hernán Finner menciona que el Gobierno es: “el instrumento más potente y efectivo que han construido los hombres para engrandecer su poder y construir cuanto desean...”<sup>23</sup> idea fortalecida por su carácter de director y conductor en la ejecución de las políticas del Estado. Siendo así el gobierno el depositario de su poder político, factor empleado para mantener el orden y la estabilidad de la sociedad, emprende proyectos y garantizar seguridad a la población.

Al ser el gobierno la consolidación del Estado, por el cual se ejerce el poder público mediante la acción de órganos específicos, se entiende que desde la época griega Solón de Atenas hablaba de una “división funcional que procuró la especialización y el equilibrio en el ejercicio del poder con base en tres órganos diferentes pero complementarios: legislativo, ejecutivo y judicial”<sup>24</sup>. El órgano legislativo se encarga de la promulgación de leyes que regirán a la sociedad. El órgano ejecutivo tendrá la tarea de realizar las actividades necesarias para dar cumplimiento a los mandatos de las leyes promulgadas, el órgano judicial, será el encargado de castigar y sancionar, el incumplimiento de las leyes.

---

<sup>22</sup> *Ibíd*, p.62.

<sup>23</sup> Finner Hernan, *Teoría y Practica del Gobierno*, España, Editorial Planeta, 1984, p. 2.

<sup>24</sup> Carrillo R., *óp. cit*, p. 61.

Se entiende al Gobierno como el instrumento del Estado que ejerce su poder para dar cumplimiento a sus fines, mediante el conjunto de órganos establecidos para la ejecución de las políticas necesarias con el fin de brindar paz, bienestar y seguridad a su población de manera efectiva. Para ello se requiere de la Administración Pública, a continuación se aborda dicho concepto.

## ***La Administración Pública***

Para entender la idea de administración pública es necesario analizar sus dos componentes centrales: administración y pública. Para ello es útil referir su composición etimológica. La palabra *administración*:

“derivada de la voz latina *administratio* compuesta por *ad* (a) y *ministrare* (servir, cuidar), que era empleada entre los romanos para referir el acto o la función de prestar un servicio a otras personas. El foco de la palabra *administratio* la ocupa el vocablo *ministrare*, que deriva del sustantivo *minister* (el que sirve o ayuda). *Minister*, a su vez, proviene de *minis*, voz referida a lo "menor, como contraste de *magis*: lo mayor.”<sup>25</sup>

El *minister* era el funcionario subordinado a la autoridad del *magister*, cuya tarea se circunscribía a la realización de funciones subalternas. En suma: *administrare* significaba entre los romanos la satisfacción de las necesidades de la sociedad, con un esfuerzo extra por parte de los oficiales: *ad ministrare*<sup>26</sup>. Es así, que la palabra administración remite a la idea de servicio, colaboración, ayuda y cooperación en la realización de una actividad.

### La palabra *pública*

“Tiene una voz latina, igual que el vocablo *política*, lo que nos remite a la misma raíz etimológica: ambas palabras derivan de la raíz *pul* (multiplicidad, amplitud); de ella derivó en el griego la palabra *polis* (ciudad, Estado), origen del concepto de política, y en el latín, *populus* (pueblo), que es un sustantivo producido por la

---

<sup>25</sup> López Álvarez, Francisco, *La Administración Pública y la Vida Económica en México*. México, Porrúa, 1956, pp. 22-23.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

reduplicación de la voz *pul*. El sustantivo *populus* se adjetivó en *puplicus* y luego en *publicus*, de donde derivó la palabra *público*.

Así, política y pública, además de este parentesco etimológico, tienen un significado conceptual común: ambas se refieren a lo colectivo, comunitario, conjunto”<sup>27</sup>.

Por ello administración pública remite a la idea de colaborar en la atención de las necesidades colectivas igual que comunitarias de una sociedad o conjunto de personas que viven bajo un Estado y se dan un gobierno.

A través de la evolución del pensamiento administrativo, constantemente en temporalidad y región geográfica, salta una característica fundamental de la Administración Pública: el movimiento. Esto se debe a que consiste en una actividad propia del Estado; es decir, es una acción que se ejerce para cumplir con los fines del mismo, un trabajo que se emprende, una labor incesante. Por ello “la administración pública está caracterizada por atributos propiamente estatales. Dicha administración, por principio, es una *cualidad* del Estado y sólo se puede explicar a partir del Estado”<sup>28</sup>.

En Alemania el pensador Carlos Marx señaló que la Administración pública era: “la actividad organizadora del Estado”<sup>29</sup>. De igual manera Lorenz von Stein menciona que: “La voluntad del Estado supone un objeto sobre el cual actúa. Cuando la acción se repite continuamente, se llama actividad”. Lo anterior sirve a Lorenz von Stein para explicar que esta actividad del Estado tiene lugar mediante los órganos estatales y constituye, por lo tanto, la vida propiamente exterior del Estado, es lo que se llama “*administración del Estado*”<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Guerrero Omar, *Principios de Administración Pública*, Colombia, Escuela Superior de Administración Pública, Redición 2007, p. 24.

<sup>28</sup> *Ibid*, p. 6.

<sup>29</sup> Marx, Carlos, Notas Críticas al Artículo “El Rey de Prusia y la Reforma Social”, por un Prusiano. Marx, Carlos, *Manuscritos de París y Anuarios Franco-alemanes*. México, Editorial Grijalbo. p. 236. Citado por Guerrero Omar, en *óp. cit.*, p. 6.

<sup>30</sup> Stein Lorenzo, *Movimientos Sociales y Monarquía*, Madrid, España, Centro de Estudios Constitucionales. 1981, p. 33.

Bonnin mencionó que: “ la administración pública, es la que tiene la gestión de los asuntos comunes respecto de la persona, de los bienes y de las acciones del ciudadano como miembro del Estado, y de su persona, sus bienes y sus acciones como incumbiendo al orden público”<sup>31</sup>. Además “es una potencia que arregla, corrige, y mejora cuanto existe y da una dirección más conveniente a los seres organizados y a las cosas”.<sup>32</sup>

En otra región geográfica, los Estados Unidos, pensadores como Woodrow Wilson, Luther Gulick, y Marshall Dimock debatían sobre la Administración Pública. Woodrow Wilson decía que era “el gobierno en acción”, Gulick la concebía como “el trabajo del gobierno” y Marshall Dimock veía que:

“La administración pública no es meramente una máquina inanimada que ejecuta sin reflexionar el trabajo del gobierno. Si la administración pública tiene relación con los problemas del gobierno, es que está interesada en conseguir los fines y los objetivos del Estado. *La administración pública es el Estado en acción, el Estado como constructor.*”<sup>33</sup>

Pedro Muñoz Amato dice que: “en el uso corriente administración pública significa las actividades de las ramas ejecutivas de los gobiernos nacionales, estatales y locales”<sup>34</sup>. Por su parte Eduardo García Maynez, “Es la actividad a través de la cual el Estado y los sujetos auxiliares de éste tienden a la satisfacción de intereses colectivos.”<sup>35</sup>

Francisco Gil Villegas señala que la Administración Pública “se ha definido tradicionalmente como el conjunto de actividades encargadas de llevar a cabo las políticas y programas de los gobiernos”<sup>36</sup>. Mediante dicha perspectiva, la

---

<sup>31</sup> Bonnin, C.J, *Principes d'Administration, Publique* . Citado por Guerrero, Omar, *óp cit*, p. 9.

<sup>32</sup> Libro Primero, De la Administración Pública en: Bonnin, C.J.B, Principios de la Administración, Revista de Administración Pública, p. 93. [www.bibliojuridica.org](http://www.bibliojuridica.org). Consultado el 27 de Marzo de 2013.

<sup>33</sup> Dimock, Marshall. "The Meaning of Scope in Public Administration" en Gaus, John et al. *The Frontiers of Public Administration*, New York, EU, Russell and Russell, 1967, p. 12.

<sup>34</sup> Rojas C., *óp. cit*, p. 12.

<sup>35</sup> Rojas C., *Ibidem*, p. 12.

<sup>36</sup> Gil Villegas Francisco, “Los fundamentos políticos de la teoría de la administración pública” en *Foro Internacional*, Vol. 33, N°. 1, (Jan-Mar, 1993), México, Colegio de México, p. 30. Disponible en: <http://www.jstore.org/stable/27755751>. Consultado el 27 de marzo de 2013.

administración pública se centraría principalmente en la planeación, organización, dirección, coordinación, y control de las principales actividades y operaciones del gobierno. Bajo esta óptica la administración pública entra a un contexto delimitado por una *racionalidad instrumental*<sup>37</sup> principio que sigue la corriente ortodoxa, para centrarla como el agente instrumental de la política pública, cuyos fines se encuentran definidos por la voluntad política.

La Administración Pública es una actividad propia del Estado y se ejecuta mediante su gobierno en cumplimiento de los fines que la política establece. Esto con el fin de atender a la sociedad, ver por su desarrollo, permanencia y la creación de las condiciones para su continuidad como prosperidad, factores que dan origen a su legitimidad y justificación. Dicha capacidad de potencializar el desenvolvimiento de la sociedad acarrea dos significados para la Administración Pública. En un primer plano sirve como la actividad encaminada a acrecentar el poder del Estado, es decir, producir poder. En un segundo plano es la actividad que desarrolla la vida asociada a través del orden, la seguridad y la subsistencia; auspicia la convivencia civilizada. En conjunto, consiste en una capacidad de producir civilidad.<sup>38</sup>

Omar Guerrero menciona que los Estados con mayor poder son los mejor administrados, los cuales cuentan con una balanza comercial próspera, una hacienda pública sana y producen lo suficiente para sostener a sus habitantes y comerciar con lo excedente, pero esencialmente son poderosos por que su administración pública es capaz de alimentar y educar a su población, brindarle salud y asistencia y procurarles lo necesario para facilitar la convivencia civilizada.<sup>39</sup>

Las definiciones anteriores muestran que la idea de movimiento es la esencia presente en los pensadores quienes reflexionaron sobre la administración pública. Siendo así que al conceptualizarla como una actividad, tarea, acción y labor, tienen

---

<sup>37</sup> La Doctora Gina Zabłudovsky menciona que la *racionalidad instrumental* es el proceso creciente de intelectualización, el consecuente “rompimiento con la magia”, y la posibilidad de calcular los medios más apropiados para lograr un fin. Esto significa la posibilidad de calcular y de lograr la acción con los medios más adecuados. Zabłudovsky Gina, *Intelectuales y Burocracia. Vigencia de Max Weber*. Anthropos, México, 2009, p. 28.

<sup>38</sup> Guerrero O., *óp. cit*, p. 9.

<sup>39</sup> *Ibíd*, pp. 14-15.

presente su papel como constructora de la paz, así como de bienestar de una sociedad. La Administración Pública se entiende como una actividad ejercida por el Estado a través de su gobierno, para organizar y construir dentro de la sociedad el orden, la seguridad y la subsistencia de la misma. Debe permitir la consolidación de una vida civilizada, armónica y plena. Por eso se define también como la responsable de atender y desarrollar la función ejecutiva del gobierno, para satisfacer las demandas como necesidades de la población.

## ***La Administración Estratégica***

Para facilitar la comprensión de la administración estratégica es necesario analizar el significado de la palabra “estrategia”, sustantivo que acompaña a la palabra administración, antes ya definida y analizada. El concepto estrategia tiene sus orígenes etimológicos en la lengua clásica griega, específicamente de la raíz `strategos´, la cual significa “un general”. También proviene de raíces que significan “ejercito” y “acaudillar”<sup>40</sup>. Para Yáñez Garrido estrategia es: “el arte o la ciencia de ser general”<sup>41</sup>. En la antigüedad la idea de estrategia se ligaba a las actividades militares y políticas, por ser una acción planificadora del uso racional y eficaz de los recursos para derrotar a los adversarios.

Con la caída de las ciudades-estado en Grecia, este punto de vista se extinguió. Pero con la llegada de la Revolución Industrial se retomó el enfoque y se adecuó a un ambiente empresarial que emergía. La primera definición moderna de estrategia en un ámbito empresarial la estableció Alfred Chandler en 1962. Él define a la estrategia como “el elemento que determinaba las metas básicas de una empresa, a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y la asignación de recursos necesarios para alcanzar estas metas”.<sup>42</sup> Con dicha definición se inició una tradición académica de estudios en torno a la estrategia y los negocios. Dentro de los principales exponentes, se encuentran Kenneth Andrews e Igor Ansoff. El primero decía que:

---

<sup>40</sup> Mintzberg, Henry, *El Proceso Estratégico*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S. A., 1997, p. 1.

<sup>41</sup> Yáñez Garrido, Luis Anselmo, et. al., *Planeación del Desarrollo y Análisis de Gestión en la Administración Pública*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie I: Estudios de Derecho Económico, Núm. 16. y Editorial PAC, S. A. 1986. pp. 100-101.

<sup>42</sup> Chandler, Alfred, *Strategy And Structure: Chapters In The History Of American Industrial Enterprise*, Cambridge, M.I.T. Press, 1962, p.13. Citado por Mintzberg, H., en *óp cit.*, p. 2.



“La estrategia representa un patrón de objetivos. Propósitos o metas, así como las políticas y los planes principales para alcanzar estas metas, presentándolos de tal manera que permiten definir la actividad a las que se dedica la empresa, o a la cual se dedicará, así como el tipo de empresa que es o será.”<sup>43</sup>

Para Ansoff la estrategia era un “hilo conductor” entre la empresa y los productos/mercado, convirtiéndose en una regla para tomar decisiones.<sup>44</sup> Él considera a la estrategia como una guía y un instrumento, ayuda a la organización a controlar sus caminos en un contexto, permitiéndole afrontar sus desafíos de manera óptima.

León Berber señala que la estrategia

“Se puede considerar como el programa general cuya definición de objetivos y planes de la organización dan respuesta a su entorno en el transcurso del tiempo con acciones a emprender y la asignación de los recursos necesarios para alcanzar lo propuesto, en ocasiones incluso es necesario formular las intenciones antes de la acción.”<sup>45</sup>

Para Charles Hofer la estrategia es “una de las principales herramientas con que cuenta la alta dirección para hacer frente a los cambios tanto externos como internos”<sup>46</sup>. Se entiende a la estrategia como el conjunto de indicaciones generales, que norman y conducen las acciones emprendidas por parte de una colectividad u organización.

Henry Mintzberg concibe a la estrategia a partir de un enfoque diferente, donde el método histórico y énfasis de la acción, toman gran relevancia, permitiendo entender a la estrategia cómo: “el patrón de una serie de acciones que ocurren en el tiempo”.<sup>47</sup> A partir de esto, Mintzberg desarrolló cinco acepciones para entender la estrategia,

---

<sup>43</sup> Learned, E., W. D. Guth, et. al., *Business Policy: Test And Cases*. Homewood, Ill. Richard D. Irwin, 1969, p.15. Citado por Mintzberg, H., en *óp cit.*, p. 2.

<sup>44</sup> Hofer, C. y D. Schendel, *Strategy formulation: analytical concepts*. St Paul: West publishing, 1978, p.17. Citado por Mintzberg, H., en *óp cit.*, p. 2.

<sup>45</sup> León Berber, Rigoberto, *La necesidad de vincular normativamente las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo con el presupuesto de egresos de la Federación*, Tesis de Doctorado, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2011, p.236

<sup>46</sup> Hofer, Charles W., Schendel, Dan, *Planeación Estratégica: Conceptos analíticos*, Colombia, Norma S. A. , 1985. p. 4.

<sup>47</sup> Mintzberg, H., *óp cit.* p. 3.

mejor conocidas como las cinco P. Ofreciendo una gama de posibilidades para comprender la naturaleza de la estrategia, dado que si bien se define de una forma a la estrategia, se usa de diferentes maneras.

En la mayoría de las definiciones de estrategia predomina la idea de *plan*, es decir un curso de acción con un propósito consiente. Los planes se elaboran antes de emprender acciones y se desarrollan firmemente con un propósito claro. Otra perspectiva de la estrategia es como un *complot*, es decir una maniobra elaborada con el objetivo de ser más astuto que un adversario o competidor, implicando el uso de la inteligencia y sagacidad. Durante la maniobra se idean las acciones necesarias para tomar ventaja frente a otro o salir mejor librado de una situación.

La siguiente acepción de estrategia es como un *patrón* de una serie de actos, haciendo referencia a su definición inicial; con lo cual la estrategia es congruencia en el comportamiento. La subsecuente definición la concibe como una *posición*, o sea un medio para ubicar a una organización en un “ambiente”. El contexto de una organización es muy importante, debido a los factores que podrían significar una amenaza u oportunidad, para después responder con un cambio. La última definición de Mintzberg, hace referencia al interior de la organización, y la mente de los estrategias colectivos, la estrategia es una *perspectiva*, que nutre su contenido con una forma peculiar de percibir el mundo y no sólo con una posición elegida.

Es importante resaltar que las definiciones antes mencionadas contemplan cuatro elementos vitales en común: ayudan a entender la esencia de la estrategia y a vislumbrar una imagen clara y concreta sobre su significado. En primer lugar tenemos la idea de *ambiente*, entendido como la serie de condiciones ajenas a la empresa y a las que debe responder. Las condiciones pueden ser negativas (amenazas) o positivas (oportunidades). Después, en segundo lugar se tiene un objetivo de alto nivel, conocido como *misión*, es decir, la razón de ser y existir de la organización o proyecto. La misión se estratifica para establecer, objetivos básicos y metas y cumplir en el tiempo. El siguiente elemento hace referencia a los líderes o responsables del proyecto, ellos deben realizar un *análisis de la situación*, para determinar su posición en el ambiente y su cantidad de recursos.

Este análisis se conoce como Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (F.O.D.A.). Y el último elemento se refiere a que la organización *proyecta cómo aplicar sus recursos*, a efecto de alcanzar sus metas y lograr “adecuarse” lo mejor posible a su ambiente. Todos estos elementos nutren a la estrategia, haciéndola un instrumento clave para la administración. Con estos cuatro elementos la estrategia se vuelve un ciclo continuo, en constante movimiento, ayuda a las organizaciones y proyectos a renovarse frente a los cambios del ambiente, a mantenerse actualizados, vigentes y efectivos.

La administración estratégica se empieza a desenvolver como un enfoque a mediados de los sesenta, basado en el principio que Hofer y Schendel desarrollaron y entendieron como: “el diseño general de una organización puede ser descrito únicamente si el logro de los `objetivos` se agrega a las `políticas` y a la estrategia como uno de los factores claves en el proceso de la administración estratégica”<sup>48</sup> Stoner define a la administración estratégica como: un “proceso administrativo que entraña que la organización realice la planificación estratégica y después actúe de acuerdo con dichos planes.”<sup>49</sup> Por lo tanto, la estrategia ayuda en los procesos administrativos, los optimiza y prepara para adecuarse a los cambios externos e internos.

Hofer señala que los encargados de dirigir una organización deben procurar adelantarse a los cambios futuros del entorno y diseñar planes y estructuras flexibles que permitan la adaptación, la innovación para afrontar cualquier situación no prevista.<sup>50</sup> La administración estratégica conlleva poseer conciencia de los cambios en el entorno día a día, no sólo enunciar intenciones sino plantear objetivos medibles y alcanzables, proponiendo acciones específicas y conociendo las necesidades de recursos, tanto humanos, físicos, financieros y tecnológicos, para realizar dichas acciones. De igual manera conlleva un trabajo sólido basado en lineamiento claros, que guíen las acciones a realizar.

---

<sup>48</sup> León Berber, R., *óp. cit.*, p. 236.

<sup>49</sup> Stoner, James A. F., et. al. *Administración*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996, p. 292.

<sup>50</sup> Hofer, C., *óp. cit.*, pp. 7-17.

## ***1.2 La Salud***

La definición más importante e influyente de salud que se tiene actualmente es: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>51</sup> formulada por Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su Constitución en 1948, trascendiendo por décadas. Se configura como un derecho que el Estado por medio de su gobierno debe proteger y garantizar. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece el derecho de las personas a la seguridad social, a gozar de un nivel de salud y bienestar. La salud se entiende de forma integral como un estatus de total armonía entre el bienestar físico, mental y social; permite una vida en paz, no sólo la ausencia de enfermedad o padecimientos que limitan el desempeño de un ser humano.

### ***El Derecho a la protección de la salud***

El derecho a la protección a la salud “se remonta la declaración universal de los derechos humanos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, bajo sus artículos 22 y 25, los cuales se relacionan con la seguridad social y la salud”.<sup>52</sup>

#### **Artículo 22**

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Definición formulada por la OMS, citada por Gustavo Alcántara, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad” en *Sapiens*. Revista Universitaria de Investigación, Año 9, No. 1, Junio 2008, Venezuela, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, p.96

<sup>52</sup> Yáñez Campero, Valentín, *La Administración Pública Y El Derecho A La Protección De La Salud*, México, INAP, México, año 2008 p. 47.

<sup>53</sup> Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos virtual* [en línea], última actualización 2012. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>. Consultado el 27 de marzo de 2013.

## Artículo 25

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”<sup>54</sup>.

La población es un elemento fundamental del Estado y dependiendo de sus características, se determinan las especificidades de las políticas que el gobierno por medio de la administración pública emprenderá para atender sus demandas. Según el tipo de población, es el tipo de demandas y necesidades que el gobierno debe atender. Por lo cual, la población se posiciona como un elemento clave y vital para la determinación de tareas y políticas a emprender.

### ***1.3 El Envejecimiento***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice:

“El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que hemos hecho durante nuestra vida; del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella; de cómo y dónde hemos vivido nuestra vida.”<sup>55</sup>

Esta etapa de la vida es un hecho natural e inevitable, determinado por el ritmo de vida, rutinas, actividades, hábitos, lugares y acciones que favorezcan la salud.

Desde inicios de la segunda mitad del siglo XX la población de los Estados a nivel mundial inició un proceso de envejecimiento. Fenómeno advertido como determinante del tipo de políticas a ofrecer para asegurar la continuidad, el desarrollo y el óptimo

---

<sup>54</sup> *Ibidem*

<sup>55</sup> Organización Mundial de la Salud, “Envejecimiento Saludable”, en *El Envejecimiento Y La Actividad Física En La Vida Diaria. Programa Sobre Envejecimiento Y Salud*. Ginebra, 1998, p. 2.

desenvolvimiento de la sociedad. El proceso se traducirá en un incremento significativo de la población en los rangos de edad de 60 años en adelante, conocidos como adultos mayores.

La definición de Envejecimiento en el glosario del Programa de acción específico 2007-2012 sobre Envejecimiento de la Secretaría de Salud indica que:

“es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que inicia antes del nacimiento y que continúa durante toda la vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante su vida. El envejecimiento es el resultado de la interacción de los factores genéticos, las influencias extrínsecas del medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo.”<sup>56</sup>

Desde una perspectiva integral el envejecimiento humano es un proceso determinado por cambios biológicos, psicológicos y sociales, través del tiempo, de manera natural, gradual, continua, e irreversible, dependen de la historia, la cultura y la situación económica de los grupos y las personas. El Envejecimiento activo: “es el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el fin de extender la esperanza de vida saludable, la productividad y la buena calidad de vida en la vejez”<sup>57</sup>. El envejecimiento saludable es el resultado del autocuidado y cuidado social, salvaguardando la capacidad funcional y la salud.

Se entiende por adulto mayor a las personas ubicadas en los rangos de edad de 60 años en adelante. Los adultos mayores son el segmento de la población que mayores necesidades en materia de salud presentan. Esto se debe a la paulatina pérdida de salud relacionada con el proceso de envejecimiento de manera biológica y se agudiza por el grado de acceso a servicios de salud.

---

<sup>56</sup> Definición tomada de Secretaría de Salud, “Glosario” en *Programa De Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento*, México, Distrito Federal, 2008, p. 51.

<sup>57</sup> *Ibíd*, p.52.

La atención médica especializada dirigida a los adultos mayores para alcanzar un envejecimiento saludable es proporcionada por médicos geriatras y médicos gerontólogos. La geriatría es la rama de la medicina encargada del tratamiento de los padecimientos de los adultos mayores. La palabra geriatría está compuesta por dos raíces griegas: *geras* (viejo) e *iatrikos* (tratamiento)<sup>58</sup> se entiende como la rama de la medicina que se encarga de la atención o tratamiento de los padecimientos de los viejos.

#### ***1.4 Marco Institucional de Salud y Envejecimiento en México***

En México el Estado es la unidad garante de la organización política superior que su sociedad ha logrado. Es el ente regulador de su dinámica y responsable de garantizar su desarrollo, conservación y desenvolvimiento. Su organización formal-legal descansa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La cual establece en su artículo 39 que: "... El pueblo tiene en todo tiempo el inalienable derecho de alterar o modificar la forma de su gobierno"<sup>59</sup>.

En su artículo 40 indica la forma de gobierno adoptada por el Estado mexicano mencionando que: " Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República laica, representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación..."<sup>60</sup> de igual manera la constitución menciona que "El pueblo ejerce su soberanía por medio de los Poderes de la Unión"<sup>61</sup> esquema que organiza y divide las actividades y tareas del gobierno. La administración pública en México está regulada por el artículo 90 de la constitución, que indica:

"La Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las

---

<sup>58</sup> Marín, Pedro Paulo, *Geriatría y gerontología*, Chile, Universidad de Chile, 2008.

<sup>59</sup> Artículo 39 en *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Consultado en: [\[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf\]](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf) el 22 de julio de 2013.

<sup>60</sup> *Ibíd*, Artículo 40 constitucional

<sup>61</sup> *Ibíd*, Artículo 41 constitucional

Secretarías de Estado y definirá las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación.”<sup>62</sup>

En México la protección a la salud es contemplada en el artículo 4 constitucional, estableciendo que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”<sup>63</sup>. Este artículo es el fundamento institucional por el cual se edifica el Sistema de Salud en México. Instancia responsable de coordinar los esfuerzos para garantizar a la población el acceso a servicios médicos de calidad permitiéndoles proteger su salud y bienestar.

### ***El Sistema Nacional De Salud***

Se entiendo por Sistema Nacional de Salud al:

“conjunto, constituido por las dependencias e Instituciones de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de protección a la salud.”<sup>64</sup>

El Sistema Nacional de Salud es el medio para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Actúa como instrumento coordinador y racionalizador de las acciones emprendidas por las instituciones de salud para garantizar el acceso a servicios médicos de calidad que permitan proteger su salud y bienestar. De igual manera puede ser entendido como un componente sectorial del sistema nacional de planeación democrática. Pretende armonizar los programas de servicios de salud realizados por el gobierno federal, con los que los gobiernos de las entidades

---

<sup>62</sup> *Ibíd*, Artículo 90 constitucional.

<sup>63</sup> CPEUM, *óp. cit*, Artículo 4 constitucional.

<sup>64</sup> Secretaria de Salud, *óp. cit.*, p. 53.



federativas y el concurso del sector social y privado prestan sus servicios, a fin de dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud.<sup>65</sup>

Establecer un Sistema Nacional de Salud se fundamenta en las siguientes razones:

- Superar diferencias de índole cuantitativas y cualitativas entre los servicios de salud ofrecidas por las instituciones de seguridad social y los organismos. Estas prestan servicios a la población que no es derechohabiente de esas instituciones (población abierta).
- Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
- Vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global de la nación.<sup>66</sup>

Los propósitos del Sistema Nacional de Salud se organizan en dos grandes apartados:

- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos.
- Elevar la calidad de los servicios que se prestan tendiendo a alcanzar, a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores.

La Ley General de Salud establece los objetivos del Sistema Nacional de Salud que son los siguientes:

- 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 las acciones preventivas;
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

---

<sup>65</sup> Soberon Acevedo, Guillermo, "El Sistema Nacional de Salud", en *Revista de Administración Pública*, no. 69-70, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1987, p. 17. Disponible en <http://biblio.juridicas.unam.mx/revistas/resulart.htm>. Consultado el 27 de marzo de 2013.

<sup>66</sup> *Ibidem*.

- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios no nocivos para la salud.<sup>67</sup>

El sistema nacional de salud se integra con tres tipos de componentes, de acuerdo con las vertientes de instrumentación de la planeación:

- Entidades del sector salud, para las cuales aplica la obligatoriedad;
- Gobiernos de las entidades federativas, estos se vinculan a través de la coordinación con el gobierno federal;
- Sectores social y privado, incorporados mediante la concentración e inducción con apoyo en la consulta popular.

## ***El Sector Salud en México***

La sectorización consiste en

“agrupamiento de entidades para estatales bajo la coordinación de una dependencia del ejecutivo federal. La organización efectiva del sector salud comprende a los programas de salud de instituciones de seguridad social, a las

---

<sup>67</sup> Artículo 6, Ley General de Salud, última reforma 25 de enero de 2013, México. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx>. Consultado el 27 de Marzo de 2013.

instituciones de salud para población no cubierta por éstas, al subsector de los Institutos Nacionales de Salud y al subsector de asistencia social. La conformación del sector ofrece un mecanismo de coordinación para programas y funciones, y para lograr la participación de los sectores social y privado, para dar así efectividad creciente al derecho a la salud.”<sup>68</sup>

El sector salud se integra de la siguiente manera:

- Los servicios de salud de la Secretaría de Salud que aún no están descentralizados; y actúa como cabeza de sector.
- Las funciones, programas y servicios de salud realizados el IMSS, ISSSTE y en general, las dependencias y entidades de la administración pública federal;
- El subsector de los Institutos Nacionales de Salud;
- El subsector de asistencia social<sup>69</sup>.

### ***El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***

En 1959 se realizó una reforma constitucional, la cual dio pie a la transformación y adición del apartado B del artículo 123 constitucional, incorporando las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE había planteado para los servidores públicos<sup>70</sup>.

Bajo esa dinámica el mismo año

“con motivo del XXI aniversario de la expedición de dicho Estatuto, en una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó, en 1960, en el ISSSTE.”<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> Soberon, G., *óp. cit.*, p. 23.

<sup>69</sup> *Ibíd*, pp. 21-22.

<sup>70</sup> ISSSTE, *Historia* [en línea], México. Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/historia>, consultado el 27 de Marzo de 2013.

<sup>71</sup> *Ibidem*

Es así como se edificó la primer institución enfocada en atender la seguridad social desde una perspectiva integral y amplia.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión holística de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuya cobertura se extendía y se extiende a los familiares de los trabajadores.<sup>72</sup> Sirviendo como el instrumento más eficaz y efectivo para garantizar a los trabajadores del Estado el acceso a la protección de la salud y el ejercicio de sus prestaciones de seguridad social. Pasando estos derechos de una perspectiva unilateral, de beneficio único del trabajador a una cobertura longitudinal, al beneficiar y proteger a su familia.

El instituto creado por efecto del decreto presidencial del 30 de diciembre de 1959, tiene la naturaleza de ser un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio. El Instituto tiene como propósito prestar servicios sociales a los trabajadores al servicio del Estado, desde burócratas del gobierno federal, hasta senadores o diputados que integran el Congreso De La Unión. A partir de 1960 beneficia a sus derechohabientes con las prestaciones marcadas por la Ley que dio pie a su origen, las cuales son:

- I. Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- II. Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- III. Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- IV. Servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia.
- V. Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, y activación de las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.
- VI. Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos y construcción de moradas destinadas a la habitación familiar del trabajador.
- VII. Arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto.
- VIII. Préstamos hipotecarios.
- IX. Préstamos a corto plazo.

---

<sup>72</sup> *ibidem*

- X. Jubilación.
- XI. Seguro de vejez.
- XII. Seguro de invalidez.
- XIII. Indemnización global<sup>73</sup>.

El financiamiento del ISSSTE se configura por las aportaciones que los trabajadores hacen quincenalmente por dos conceptos fundamentales:

- Fondo de pensiones
- Servicio médico y maternidad

Sumando las aportaciones que hace el Gobierno Federal por los mismos conceptos por cada uno de sus empleados. El presupuesto de gastos del ISSSTE para el año 2013 ascendió a 161,357 millones, 421,847 pesos<sup>74</sup>, para atender prestaciones médicas, económicas, sociales y culturales, de sus derechohabientes.

### ***El Plan Nacional de Desarrollo y la Salud***

El Artículo 26° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que el Estado organizará un sistema nacional de planeación democrática del desarrollo nacional marcado por solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación. Del cual se desprenderá un Plan Nacional de Desarrollo, instrumento a servir como eje rector y referente de todos los programas que la Administración Pública Federal emprenda.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012, es un documento determinante para los objetivos y prioridades del desarrollo económico y social de México. En su Eje 3, denominado Igualdad de Oportunidades, señala que:

“cada mexicano, sin importar la región donde nació, el barrio o comunidad donde creció o el ingreso de sus padres y en especial aquel que se encuentra en condiciones de pobreza

---

<sup>73</sup> *Ibidem*

<sup>74</sup> Notimex, “ISSSTE pública presupuesto de egresos 2013” [en línea], en sección Sociedad en *El Economista*, México, 23 de enero de 2013. Disponible en <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2013/01/23/issste-publica-presupuesto-egresos-2013>>, consultado el 27 de marzo, 2013.

pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aspiraciones a plenitud y mejorar así sus condiciones de vida, sin menoscabo de las oportunidades de desarrollo de las futuras generaciones”<sup>75</sup>

En el objetivo 5 de Salud indica “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”<sup>76</sup>. Se vislumbra la obligación del gobierno mexicano de emprender las acciones necesarias para brindar los servicios de salud de manera eficaz, eficiente y efectiva en beneficio de la población, observando siempre el cumplimiento de su derecho a la protección de la salud.

### **El programa de acción específico 2007-2012 sobre envejecimiento**

La Secretaría de Salud del gobierno federal, mediante su Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud emitió el programa de acción específico 2007-2012 sobre envejecimiento, el programa busca enfatizar los esfuerzos de las instituciones de salud, en actividades de “prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los adultos mayores”<sup>77</sup>.

De igual manera se indica que:

“El programa coadyuva en la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud, alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil, innovaciones en el manejo integral del paciente e introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, así como el abandono del hábito de fumar, entre otros factores determinantes para lograr un envejecimiento activo y saludable.

El programa comprende una serie de acciones que buscan iniciar la construcción de un envejecimiento sano y activo, mediante la promoción de una cultura de vida saludable, el manejo adecuado y óptimo de pacientes adultos mayores con

---

<sup>75</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012, consultado en [[http://www.cenidet.edu.mx/docs/pnd\\_2007\\_2012.pdf](http://www.cenidet.edu.mx/docs/pnd_2007_2012.pdf)] el 14 de Noviembre de 2013.

<sup>76</sup> *Ibidem*.

<sup>77</sup> Secretaria de Salud, *óp. cit.*, p. 12.

técnicas novedosas, campañas de comunicación, reducción de hábitos riesgosos y acciones educativas. Se sustenta en una estrategia de naturaleza preventiva que pretende contrarrestar los hábitos nocivos que redundan en el quebrantamiento de la salud de los adultos mayores y por ende sus condiciones y calidad de vida.

Analizando su organización tiene como misión: ser un programa sectorial que establezca y unifique estrategias y lineamientos en materia de prevención y promoción de la salud en la población adulta mayor para lograr un envejecimiento activo y saludable en el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en la población mexicana. Y se ha fijado como visión ser un “programa de excelencia, líder en la vigilancia, prevención y protección de la salud de los adultos mayores en el ámbito nacional e internacional y capaz de cumplir con su misión en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano, la satisfacción entre los usuarios y prestadores de servicios”<sup>78</sup>.

El objetivo general del programa es desarrollar un diagnóstico situacional de las condiciones de vida y hábitos de los adultos mayores para implementar modelos de atención donde se promueve un envejecimiento activo y saludable en México, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas. Y sus objetivos específicos son los siguientes:<sup>79</sup>

1. Promover e implementar el desarrollo de diagnósticos estatales sobre las necesidades sentidas y reales de los adultos mayores.
2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor del envejecimiento activo y saludable.
3. Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable.
4. Coadyuvar en la instalación de estructuras dentro del Sistema Nacional de Salud que aborden la epidemia de enfermedades crónicas y la atención al envejecimiento.

---

<sup>78</sup> *Ibíd*, p.27.

<sup>79</sup> *Ibíd*, p. 28.

5. Mejorar las habilidades y competencias de los profesionales de la salud a través de la capacitación a distancia y presencial en el área de atención al envejecimiento.
6. Generar información oportuna y de calidad a escala nacional, estatal y regional para la evaluación de las acciones del Programa y favorecer la toma de decisiones.

El programa ayuda a la generación de diagnósticos reales de la situación y condiciones de salud, así como los males que padecen los adultos mayores, fortalece y coordina las acciones que buscan un envejecimiento saludable, busca mejorar la atención de enfermedades crónico-degenerativas, mejorar la atención por parte de los recursos médicos y proporcionar la información necesaria y oportuna, en los distintos niveles de gobierno, favoreciendo la toma de decisiones por parte de los encargados de las instituciones de salud, privilegiando la construcción de una atención médica que ayude a los adultos mayores a vivir con salud, en activo y con dignidad.

Se concluye que la relación teórica que existe entre Estado, Gobierno y Administración Pública con la protección a la salud y el envejecimiento de la población es sólida, permanente e irrompible. Por ser el envejecimiento poblacional determinante en el tipo de acciones que el gobierno debe emprender para generar bienestar y estabilidad en un Estado, y ser la salud un derecho y factor estratégico en el proceso de envejecimiento que vive la población, por ello la responsabilidad que tiene la administración pública de emprender las acciones indispensables para garantizar dicho derecho es indudable.



## **Capítulo 2. La respuesta del Sistema Nacional de Salud al Envejecimiento Poblacional**

El presente capítulo aborda el análisis de la respuesta brindada por el Sistema Nacional de Salud a la población mayor, resaltando la presión que conlleva el fenómeno de envejecimiento poblacional. Empezando el estudio particular del programa Envejecimiento Saludable del ISSSTE, desde la perspectiva de la administración estratégica, generando un análisis situacional o estratégico conocido como FODA, donde se vislumbraran las principales áreas de oportunidad que el programa presenta y donde la Administración Pública puede intervenir para mejorar su desempeño, logrando con ello maximizar los beneficios ofrecidos por el programa. La revisión del fenómeno del envejecimiento se hace partiendo de una perspectiva teórica-demográfica revisando las estadísticas en el mundo y en nuestro país.

El inicio de acciones encaminadas a la atención de la población mayor de 60 años, en materia de salud, responde a la presión ejercida por dos aspectos, el primero es envejecimiento poblacional, fenómeno demográfico que acarrea un incremento considerable de personas en los rangos de edad de 60 años en adelante, el segundo es la situación médica que vive la población mayor en nuestro país, condición generadora de un paulatino incremento en la demanda de atención médica especializada, demandando la necesidad de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros. Ambos elementos son factores clave en el tipo de labores emprendidas por las instituciones para brindar una atención especializada a los mexicanos.

El sistema de salud mexicano respondió en el sexenio 2006 - 2012 a las necesidades médicas de la población adulto mayor, mediante dos instancias. Primero se dio pie la consolidación del Instituto Nacional de Geriátrica, el segundo lo dieron las instituciones de seguridad social más grandes del país (IMSS e ISSSTE) al emprender sus programas de atención médica geriátrica. En el IMSS con el nombre de GERIATRIMSS y en el ISSSTE "Envejecimiento Saludable".

## 2.1 La Creación del Instituto Nacional de Geriátría

Felipe Calderón firmó el 28 de junio de 2008 el decreto para la creación del Instituto de Geriátría, en la explanada de la Secretaría de Salud Federal. En el acto lo acompañaron el Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos, Jesús Kumate Ex-secretario de Salud, y Juan Molinar Horcasitas, entonces director del IMSS. La creación del Instituto se debió al trabajo previo realizado por un grupo de especialistas denominado “Grupo Ad Hoc”, integrado por 33 conocedores de gran trayectoria en la línea de envejecimiento y salud. Quienes elaboraron un reporte técnico sobre la factibilidad de la creación de Instituto Nacional de Geriátría que se dio a conocer en 2007 en el Seminario Internacional “La investigación en Envejecimiento y Salud: un Imperativo Nacional”, organizado por la Academia Nacional Medicina de México y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad<sup>80</sup>. logrando un consenso amplio y positivo sobre la necesidad de crear un Instituto Nacional de Envejecimiento o Geriátría, el cual apoyará a los profesionales dedicados a la investigación en dicha materia para desarrollar el conocimiento necesario en pro de la población adulto mayor. Posteriormente la Secretaría de Salud anunció en 2008 promover la creación de dicho instituto<sup>81</sup>.

El grupo de trabajo Ad Hoc fue dividido en tres áreas de trabajo: la primera atendió el diseño de la estructura organizacional y desarrollo de procesos administrativos, las dos restantes se dedicaron a la planeación estratégica de las áreas sustantivas de enseñanza e investigación en materia de envejecimiento. El trabajo realizado por dicho grupo se consolidó con la firma del decreto presidencial, así surgió el Instituto de Geriátría.

Dicho decreto estableció que el Instituto de Geriátría se creaba como “un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía operativa, técnica y administrativa, el cual tendrá por objeto coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de desarrollo,

---

<sup>80</sup> *Memoria Institucional 2007-2009*, Instituto de Geriátría, México, 2009, p.35.

<sup>81</sup> *Ibíd*, pp. 36-37

fomento y promoción en materia de investigación y creación de recursos humanos en geriatría”<sup>82</sup>. Con ello se dio pie a la construcción de una instancia clave en la generación de un envejecimiento saludable en México. En el decreto también se establecieron las funciones del Instituto:

- I. Fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de geriatría;
- II. Desarrollar e impulsar estudios e investigaciones en materia geriátrica;
- III. Fungir como órgano de consulta nacional;
- IV. Difundir y publicar los estudios e investigaciones en materia de geriatría;
- V. Llevar a cabo el intercambio de estudios científicos, a través de la celebración de reuniones, eventos y convenios con instituciones afines.

Con estas funciones asignadas al Instituto, se busca construir un referente nacional especializado en el tema de envejecimiento, con el fin de formar los cuadros profesionales necesarios para atender las necesidades médicas de los adultos mayores y permita comprender ampliamente el fenómeno que nuestro país enfrentará en las próximas décadas. La misión del instituto es: Promover el envejecimiento activo y saludable de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión; el desarrollo de recursos humanos especializados y el impulso al desarrollo de servicios de salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Siendo la misión la razón fundamental de existir del instituto, línea conductora de sus acciones, programas y proyectos.

De igual manera se fijó la siguiente visión: Ser la institución líder en investigación y enseñanza sobre envejecimiento que impacte favorablemente en la salud y calidad de vida de la población, con reconocimiento nacional e internacional. Con lo anterior el Instituto Geriatría se posiciona como una pieza clave en el desarrollo de un envejecimiento saludable, activo y digno en México. Siendo la primera institución consagrada a promover la salud en la etapa de envejecimiento, factor clave dentro del proceso, que ayuda a las personas a vivir sin dependencia y fragilidad; estos factores impiden una senectud plena.

---

<sup>82</sup> Decreto por el que se crea el Instituto de Geriatría, Diario Oficial de la Federación.

## 2.2 Modelos de atención médica para Adultos Mayores

Las instituciones dedicadas a la protección de la salud de los trabajadores, tanto del Estado (burocracias) como de las empresas privadas, han emprendido el diseño e instrumentación de modelos de atención geriátrica para sus derechohabientes, destacan los casos del IMSS e ISSSTE por ser las instancias que mayor número de mexicanos atienden.

### Programa “Geriatrimss” en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El Director del Instituto Mexicano del Seguro Social dio a conocer en enero del 2012 la puesta en marcha del programa Geriatrimss, el cual es un el Plan Geriátrico Institucional, que procura capacitar médicos y enfermeras en atención a pacientes adultos mayores. El programa está a cargo de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto, el cual está integrado por las cuatro siguientes estrategias fundamentales:

- I) Fortalecimiento del Programa PREVENIMSS, para el envejecimiento saludable del adulto mayor;
- II) Implementación de la atención geriátrica en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social;
- III) Formación y capacitación en geriatría; y
- IV) Programa Maestro para la formación y capacitación en investigación clínica geriátrica<sup>83</sup>.

Con estas estrategias el instituto pretende generar una respuesta amplia para la población derecho habiente mayor a los 65 años. Teniendo como finalidad el fomento de un modelo de envejecimiento saludable y libre de afecciones médicas, mediante una atención integral y respaldada por investigaciones objetivas y de gran utilidad para la comprensión del proceso de envejecimiento. Más de seis millones de derechohabientes del IMSS requieren de atención médica geriátrica para el tratamiento de diabetes, males cardiovasculares, hipertensión y demencias,

---

<sup>83</sup> Acuerdo ACDO.SA1.HCT.241110/362.P.DPM [en línea], IMSS. Disponible en [http://www.imss.gob.mx/acuerdos/TextoAcuerdo.asp?id\\_acuerdo=6868](http://www.imss.gob.mx/acuerdos/TextoAcuerdo.asp?id_acuerdo=6868). Consultado el 28 de Marzo de 2013.

enfermedades que mayormente afectan a adultos mayores. Frente a este panorama el director del instituto señaló:

“Es un reto desde el punto de vista de salud por los padecimientos que puede tener una persona adulta, pero también representa un reto muy importante desde el punto de vista financiero... Geriatrimss es un esfuerzo que hemos hecho para entrenar a médicos y enfermeras para que tengan las capacidades y los insumos para la atención de los adultos mayores, lo que obedece al cambio epidemiológico que estamos viviendo; lo que queremos en el seguro social es estar un paso delante de para estar preparados ya a esta demanda tan importante que estamos teniendo de personas de 60 años”<sup>84</sup>

Con lo anterior la Institución más grande de México en materia de seguridad social, ha dado el primer paso en la construcción de un modelo de atención médica para adultos mayores. Dicho programa contó en un inicio con una asignación presupuestal de \$17,755,890.00 de pesos<sup>85</sup>. Pero no hay que perder de vista que el programa sólo atiende a los adultos mayores en la parte curativa, por lo tanto debe complementarse con el programa PrevenIMSS, para contar con un esquema amplio e integral para la atención a adultos mayores.

### **Programa “Envejecimiento saludable” en el ISSSTE**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado da respuesta a las necesidades médicas de sus derechohabientes en etapa de envejecimiento, a través de su programa “Envejecimiento Saludable” que está adscrito a la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud y en específico al Departamento de Programas para Enfermedades Crónico-degenerativas. Es un instrumento del instituto para proveer a su población derechohabiente de servicios médicos geriátricos y gerontológicos. Sirviendo como un modelo de atención para un envejecimiento saludable.

---

<sup>84</sup> Toribio, Laura, “IMSS lanza plan para envejecimiento sano”, en Sección Nacional en *Excélsior*, México, 11 de enero de 2012.

<sup>85</sup> Acuerdo ACDO.SA1.HCT.241110/362.P.DPM *op. cit.*

El programa “Envejecimiento Saludable” inició sus trabajos en el año 2009 bajo el mando de la línea estratégica del plan de trabajo de la Dirección Médica del Instituto, el cual estipulaba: “Desarrollar modelos que privilegien la atención geriátrica y gerontológica” y como línea de acción específica se estableció la acreditación de módulos gerontológicos, de acuerdo con criterios establecidos.”<sup>86</sup> Lo anterior con la finalidad de promover una mejor calidad de vida para los adultos mayores, orientada hacia la prevención, control y disminución de discapacidades y enfermedades que disminuyen la actividad, la independencia y el desarrollo integral en la vida diaria.

Para establecer los módulos gerontológicos en la institución, se estableció operar con calidad, eficiencia y oportunidad en la prestación del servicio, bajo los siguientes criterios: acreditación del área física, equipamiento, recursos humanos, desempeño y productividad del personal que integra el equipo interdisciplinario de salud, programa operativo, criterios de interconsulta, valoración geriátrica integral, programa de capacitación continua de la unidad médica, manual de procedimientos para la atención del adulto mayor, entrega de la cartilla nacional de salud, integración de adultos mayores en grupos de ayuda mutua, acciones de terapia física y rehabilitadora. Con lo anterior se intenta generar espacios óptimos para la atención integral del adulto mayor. Se necesitan profesionales especializados en el área de geriatría y gerontología, así como espacios y materiales tecnológicos, instrumentos normativos y organizacionales para el desarrollo de sus actividades.

Dentro del programa se estableció una misión:

“Reformar el sistema de servicios de salud, hacia un modelo integrado de atención para atención de los mayores de 60 años en el primer nivel de atención, especializada que preserve la funcionalidad e integración al núcleo familiar, comunidad, sociedad, que logre la cobertura y calidad total en la atención de los derechohabientes, bajo una regionalización desconcentrada y con autonomía de

---

<sup>86</sup> Moreno Castillo, Yolanda del Carmen y Verjan Vargas, Paula Berenice, “Programa Envejecimiento Saludable” en *Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas*, número 14, 2009, p. 207 2-11

gestión, que soporte la eficacia del sistema y favorezca la sustentabilidad financiera del fondo médico.”<sup>87</sup>

Lo anterior indica que el programa aspira a generar un modelo de atención médica hecho a la medida de las circunstancias para las clínicas de primer nivel de atención médica del instituto.

El objetivo general del programa es:

“Brindar una atención integral a las personas adultas mayor, para preservar la funcionalidad y realizar acciones anticipatorias al impacto que tiene las enfermedades sobre este grupo vulnerable, con repercusiones individuales, en la familia y sociedad, haciéndolos participes de su auto cuidado para mejorar su calidad de vida y su bienestar así como su integración al núcleo familiar, comunidad y sociedad.”<sup>88</sup>

El fomento de la cultura del autocuidado para prevenir enfermedades degenerativas, las cuales implican mayores costos a las familias y a la institución. Asimismo es fundamental una atención médica integral, por ser los instrumentos más certeros para construir un envejecimiento sano, activo y digno.

El siguiente elemento significativo del programa son los objetivos específicos, estos determinan los caminos a seguir para lograr el objetivo general. En el programa son los siguientes:

- Otorgar atención holística con enfoque preventivo que favorezca el buen envejecer.
- Lograr la disminución de discapacidades, dependencia física, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles,
- Ofrecer un otorgamiento integral de servicios médicos,
- Favorecer el autocuidado.

---

<sup>87</sup> Documento Institucional, *Programa Envejecimiento Saludable*, ISSSTE, Dirección Médica, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, p.10 año 2012. Documento proporcionado por la Doctora Yolanda del Carmen Moreno Castillo, Jefa del Departamento del Programa.

<sup>88</sup> *Ibidem*

Con lo anterior el programa aspira a dar acceso a los adultos mayores a una atención médica integral, cubriendo sus necesidades médicas de manera correctiva, disminuyendo discapacidades y enfermedades crónicas, pero promoviendo la cultura del autocuidado, para fortalecer la medicina preventiva, elemento clave dentro de una atención estratégica por parte de la institución. Sin lugar a duda, es mejor prevenir enfermedades para envejecer saludablemente, que atender padecimientos graves y complejos en edades avanzadas. Las estrategias planteadas en el programa son criterios generales que norman las acciones a desarrollar dentro del programa y son las siguientes:

- Fortalecimiento de la capacidad instalada para la atención médica integral, para personas adultas mayores.
- Consolidar la integración de los servicios para apoyo funcional como parte del módulo gerontológico.
- Acreditación de módulos gerontológicos estatales y regionales.
- Garantizar la cobertura de servicios y mejorar la calidad de los mismos.
- Capacitación en apoyo funcional para profesionales de módulos que cuenten con equipo básico de rehabilitación.
- Aplicación de la cédula de tamizaje sobre envejecimiento a pacientes de primera vez en módulos gerontológicos.
- Aplicación de terapias físicas a pacientes con problemas músculo esqueléticos derivados del módulo o consultorio de gerontología.
- Elevar la imagen institucional y modernizar la prestación de los servicios en el primer nivel de atención, dotando a las unidades de los recursos necesarios y mantenimiento de los equipos de rehabilitación básicos<sup>89</sup>.

Estas estrategias tratan de incrementar la capacidad de los módulos de atención gerontológica. Dotándolos de más y mejores recursos humanos, técnicos, procedimentales y materiales, los cuales permitirán elevar la calidad de la atención médica, desde un enfoque holístico, para prevenir enfermedades degenerativas, que desemboquen en discapacidades y mayores costos para la familia y la institución.

---

<sup>89</sup> *Ibidem*



El programa trabajo bajo el establecimiento de las siguientes metas: ampliar las acciones preventivas a pensionados y jubilados, incorporados al ISSSTE, otorgar consultas de medicina geriátrica, capacitar como cuidadores al 100% de los derechohabientes que tengan un familiar mayor de 70 años, crear un centro institucional de geriatría y gerontología para actividades de investigación y atención de patología geriátrica, atención en áreas como: nutrición, odontología, psicología, trabajo social, controlar los casos de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas<sup>90</sup>.

Con estas metas el programa se fija alcanzar un servicio acorde con las exigencias de los derechohabientes. Atendiendo sus necesidades médicas desde una perspectiva multidisciplinaria, para mejorar sus condiciones de salud. Al establecer como prioritario atender la totalidad de los casos de adultos mayores que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa, implica aumentar su capacidad operativa, e intensificar sus labores en áreas de prevención, porque si bien, es bueno atender a los pacientes enfermos, es mejor prevenir el padecimiento de dichos tipos de afecciones en la salud del adulto mayor.

Es importante mencionar que el programa “Envejecimiento Saludable” fomenta hábitos sanos en la vida del adulto mayor, mediante la difusión de acciones para lograr un estilo de vida saludable, tales como: comer en forma variada y prudente, con una alimentación acorde con la edad, peso, estatura y actividad física, mantener el contacto social, con la familia y amigos, visitar regularmente al médico, evitar el abuso de medicamentos, y en el consumo del alcohol, eliminar el consumo del tabaco y la exposición al humo, cuidar el hábito del buen sueño, favorecer el aprendizaje<sup>91</sup>

Con el fomento de esas actividades, el programa intenta construir en el adulto mayor una cultura del autocuidado y un estilo de vida saludable. Aspectos indispensables para alcanzar una vida libre de enfermedades crónicas degenerativas, discapacidades y dependencia. Estas actividades surgen del enfoque holístico sobre el concepto de

---

<sup>90</sup> *Ibidem*

<sup>91</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Programa Envejecimiento saludable* [en línea], México, ISSSTE, última actualización 18 de diciembre de 2012. Disponible en: [http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento\\_saludable.php](http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento_saludable.php). Consultado el 28 de Marzo de 2013.

salud, antes mencionado en la presente investigación, donde la salud no sólo significa la ausencia de enfermedades, sino que es un estado armónico de las condiciones sociales, psicológicas y biológicas del ser humano. La interacción social es un elemento importante en la vida del adulto mayor, ayuda a mantener vínculos afectivos y evita condiciones de depresión.

Por ello, un apoyo brindado por el programa, dentro de la perspectiva de atención integral, son los grupos de ayuda mutua. En los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), las personas comparten necesidades, experiencias y expectativas para atender y mejorar su situación social y colectiva. Incentiva el diálogo y la convivencia, fortaleciendo los lazos sociales que los adultos mayores requieren para un desenvolvimiento sano. Los temas abordados en los Grupos de Ayuda Mutua son: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Adicciones, Activación Física (yoga, baile, entre otras) Manejo del estrés.<sup>92</sup>

Los grupos giran alrededor de temas comunes, desde una perspectiva psicológica, que permite mejorar el estado de ánimo del adulto mayor frente al padecimiento de una enfermedad. Los círculos también promueven la realización de ciertas actividades físicas-recreativas, estas ayudan a un desenvolvimiento saludable.

### **Operación del programa**

Es necesario analizar la dinámica de trabajo del ISSSTE para operar la atención médica y los módulos gerontológicos. Esto con la finalidad de comprender la forma de organización y distribución del trabajo en el programa. El modelo de atención médica en el ISSSTE se basa en tres niveles que están en estrecha y continúa interacción y comunicación para ofrecer a la población derechohabiente un servicio de calidad y oportunidad de acuerdo a sus necesidades.

Para brindar la atención médica especializada a los adultos mayores, el programa “Envejecimiento Poblacional” cuenta con el módulo de atención gerontológica basada en el concepto de una atención integral preventiva, promoviendo la funcionalidad, el autocuidado en favor de la independencia y con ello la calidad de vida, sin descuidar

---

<sup>92</sup> *Ibidem*

la integración del adultos mayor a su núcleo familiar, comunidad y sociedad en general<sup>93</sup>. Por lo cual tiene un enfoque holístico, que abarca diversos aspectos fundamentales, los cuales permiten una armonía física, mental y social, para acercar a los adultos mayores a un envejecimiento activo.

El módulo gerontológico es la unidad base del programa. La atención médica se recibe a través del módulo gerontológico y se complementa con las actividades de socialización y actividades físico-recreativas impartidas a los grupos de ayuda mutua, unidad secundaria del programa. Los módulos operan en las clínicas de primer nivel de medicina familiar. Actualmente suman 1059 y significan la puerta de entrada al servicio de salud. El adulto mayor recibe la atención médica en los consultorios de medicina familiar, y son analizados con la cédula de tamizaje de valoración geriátrica integral, si el adulto mayor presenta signos de fragilidad, son canalizados al módulo gerontológico<sup>94</sup>. La consulta de medicina familiar es el filtro que ayuda a canalizar a los pacientes al módulo especializado.

El programa da prioridad a los pacientes con signos de envejecimiento acelerado, es decir personas que presentan un grado de discapacidad. Por lo tanto se distinguen dos tipos de pacientes, el paciente viejo enfermo y el geriátrico. El primero es una persona de más de 60 años con algún problema de salud que no afecta seriamente su funcionalidad y pueden ser controlados con medicamento, el segundo, el paciente geriátrico, exhibe una gran vulnerabilidad, ya sea por comorbilidad, polifarmacia, abatimiento funcional, problemas psicosociales, deterioro cognitivo, depresión, entre otros padecimientos.

El modulo gerontológico planea procurar la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, previniendo padecimientos y discapacidades, y con ello también se espera reducir la elevada utilización de los siguientes niveles de atención especializada. Por ello el módulo gerontológico juega un papel clave en la atención de pacientes geriátricos, disminuyendo las complicaciones a largo plazo, que las afecciones propias del envejecimiento conllevan.

---

<sup>93</sup> Documento Institucional, *op. cit.*

<sup>94</sup> *Ibidem*

El módulo gerontológico se conforma, en un deber ser, por uno o dos médicos por turno, con capacitación gerontológica, una enfermera o dos especializadas en dicha rama de la medicina, un técnico gericultista, un trabajador social, y un amplio equipo multidisciplinario de salud: nutriólogo, psicólogo, rehabilitador, por mencionar a algunos. Este conjunto de especialistas se llama equipo multidisciplinario; tiene la misión de brindar una atención médica holística al adulto mayor.

Se tienen registrados 122 módulos gerontológicos en el país, de los cuales 117 cuentan con área de apoyo funcional y disponen de equipo básico de rehabilitación, entre ellos: ultrasonido terapéutico, electro estimulador neuromuscular<sup>95</sup>, entre otros equipos. Lo anterior busca atender los problemas que ameritan terapia física sencilla, contribuyendo a un tratamiento oportuno y accesible para los adultos mayores.

El paciente es evaluado y atendido en el módulo gerontológico y resuelto su problema el médico gerontólogo puede enviar al paciente con su médico familiar, para no sobrecargar el módulo y no perder el enfoque de atención holística que requiere la medicina familiar. Cuando un paciente llega al segundo nivel de atención médica del ISSSTE, la atención geriátrica es proporcionada por un médico geriatra y una enfermera geriátrica, el servicio brindado es interconsultante, es decir, el paciente permanece por un tiempo mínimo para regresar a su clínica de medicina familiar con indicaciones en el plan de tratamiento o en su caso, si lo amerita se envía a un tercer nivel.

La capacidad de coordinación entre los distintos niveles de atención en el ISSSTE es fundamental para facilitar al adulto mayor el acceso a un tratamiento oportuno y efectivo, el cual mejore sus condiciones de salud. Cabe resaltar que un inadecuado servicio médico puede agravar la condición del adulto mayor. El paciente puede llegar a un tercer nivel de alta especialidad, donde la atención geriátrica se proporciona como un servicio sugerido por el médico en un segundo nivel y se vela por su reintegración a la comunidad<sup>96</sup>. Este grado de atención aspira a corregir los

---

<sup>95</sup> *Ibidem*

<sup>96</sup> *Ibidem*

padecimientos crónicos no detectados y atendidos a tiempo en los primeros niveles de atención.

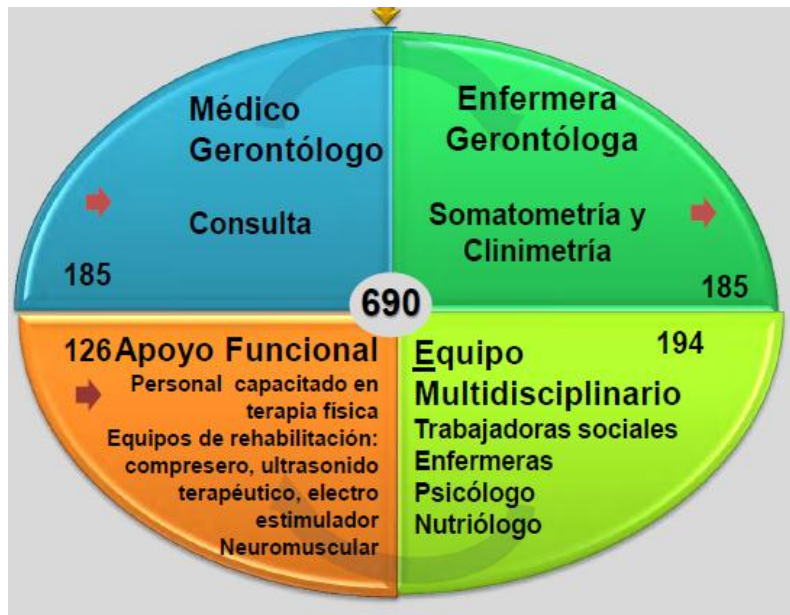
Un aspecto importante dentro del programa es que cubre la capacitación de los familiares en la atención de sus adultos mayores. Una discapacidad es consecuencia de las complicaciones ocasionadas por alguna enfermedad crónica degenerativa. Por lo tanto, el adulto mayor presenta dependencia funcional y requiere de cuidados especiales y de tiempo completo, por parte de un familiar o cuidador, son un instrumento cercano al paciente para mantener una atención médica constante con un costo adicional a la misma en el adulto mayor. Por lo cual la atención oportuna se torna indispensable para evitar la dependencia funcional y la necesidad de un cuidador.

La capacitación de los cuidadores se realiza a través de la escuela para cuidadores, la cual depende de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales mediante la Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos<sup>97</sup>. Sirve como un servicio que complementa al programa “envejecimiento saludable” elevando los beneficios para los derechohabientes y sus familias, disminuye los costos generados por los cuidados necesarios. La formación cuidadores ayuda a que el paciente reciba una atención cercana desde el núcleo familiar. Pero se debe señalar que el familiar cuidador es un costo extra consecuencia de un envejecimiento lleno de afecciones médicas complicadas y no atendidas oportunamente.

La conformación del equipo multidisciplinario del programa “Envejecimiento Saludable” se encuentra constituido, por 690 elementos, de los cuales 185 son médicos gerontólogos, 185 son enfermeras gerontólogas 126 terapeutas físicos y 194 profesionales en las áreas de trabajo social, psicología, nutrición y odontología. Lo anterior se puede ver en la siguiente imagen.

---

<sup>97</sup> *Ibidem*



### 2.3 Planteamiento del problema en el Programa “Envejecimiento Saludable”

Los 690 elementos del equipo están distribuidos en los 122 módulos gerontológicos, para atender a una población derechohabiente mayor de 60 años que asciende a 1 623 397 personas, representa el 13.7% de su población total derechohabiente, la cual es de 12, 206,730<sup>98</sup>. En promedio cada módulo atiende poco más de 13 mil pacientes, este número se incrementará por el crecimiento que la población mayor experimentará en los años venideros. Significando una mayor demanda de servicios médicos especializados para el programa.

Un ejemplo comparativo donde se puede observar el desfase entre la demanda y la oferta de atención médica, es el siguiente: al contrastar el número de médicos geriatras, el cual asciende a 185 con el número de derechohabientes de 1 623 397, tenemos que al dividir el número de pacientes entre el número de médicos, a cada uno de ellos le corresponde atender 8775 adultos mayores en promedio. Al realizar el mismo ejercicio con el número de terapeutas físicos, 126, cada uno de ellos deberá atender a 12 884 pacientes. Bajo la misma dinámica en el caso de enfermeras gerontólogas que alcanzan a ser 185 se obtiene como resultado 8775 adultos mayores y en el caso de profesionales en las áreas de trabajo social, psicología,

<sup>98</sup> ISSSTE, *Anuario estadístico*, México, 2011.

nutrición y odontología el numero llega a ser de 194 y el resultado es de 8368 pacientes.

La situación se complica al ver el perfil médico de padecimientos de los adultos mayores derechohabientes del instituto. Este se caracteriza por presentar una predominancia de enfermedades crónicas, y a su vez son las principales causas de muerte. Por ejemplo la diabetes representa el 12.2% de las causas de muerte, seguida de la neumonía con el 9.5%, la insuficiencia renal con el 7.1% y la hipertensión con el 5%<sup>99</sup>. Todas estas enfermedades causantes de muerte requieren de una atención médica especializada y tratamientos altamente costosos, tanto para la institución como para la familia del enfermo. Es importante mencionar que en su mayoría son padecimientos prevenibles y controlables, si se facilita una atención oportuna.

Esta condición de posible sobre saturación en los servicios médicos proporcionados por el programa, le resta su capacidad de respuesta, es decir merma significativamente la posibilidad de dar cuidados médicos a los adultos mayores, demeritando el servicio y limitando la posibilidad de los adultos mayores de acceder a un servicio médico especializado que eleve su calidad de vida y dignidad. La medicina geriátrica ayuda a los pacientes a mejorar su estado de salud y a conservar los ánimos para vivir la etapa de la vida denominada envejecimiento.

No atender oportunamente el significativo desfase que existe entre médicos y profesionales especializados en áreas clave de la salud del adulto mayor y la población tan amplia, condenaría a los derechohabientes a una vejez precaria y complicada. Dicho estado los hace cada día más frágiles y dependientes, así como candidatos a padecer y fenecer por causa de una enfermedad crónica, que pudo ser prevenible y controlada a tiempo.

---

<sup>99</sup> En el apartado la situación médica de los adultos mayores en el ISSSTE se hace un análisis más detallado de las causas de muerte por enfermedades crónicas.

## **Análisis Estratégico del Programa**

A continuación se presenta un análisis situacional del programa envejecimiento saludable que ayudará a ver, desde la lupa de la administración estratégica, cuáles son las áreas que mayor cuidado requieren, cuáles son sus fortalezas y debilidades, así como sus posibles amenazas. Esta técnica también es conocida como diagnóstico estratégico y es la antesala para generar alternativas estratégicas, es decir plantear acciones de mejora y emprenderlas.

El diagnóstico estratégico “se basa en dos enfoques complementarios, el diagnóstico interno y el diagnóstico externo del entorno. Este cometido se basa en una concepción del proyecto o empresa considerada como un sistema abierto a su entorno”<sup>100</sup>. Consta de un diagnóstico estratégico, contempla las dos caras de una moneda, es decir, los dos campos en los que se desenvuelve el proyecto. Es imposible comprender su acción, sin entender su capacidad interna y su capacidad externa de adaptación.

El diagnóstico interno se concentra en analizar el potencial del proyecto u organización, conocido como fortalezas. Se puede entender como las “capacidades diferenciadoras sobre las que se podrá apoyar para definir sus orientaciones estratégicas”<sup>101</sup>. Este diagnóstico permite ver el “saber hacer” de la organización o proyecto, es decir lo que sabe hacer bien, pero no todo en la empresa son fortalezas, también existen debilidades (fallas o tropiezos). No debemos de perder de vista que las fortalezas y debilidades son actividades que la organización o proyecto pueden controlar y su desarrollo consigue ser evaluado como excelente o deficiente.

El diagnóstico externo ayuda a ver la situación actual de la evolución del entorno que rodea al proyecto, también las perspectivas susceptibles de ser favorables o desfavorables para el mismo. El entorno determina las oportunidades y amenazas que puede vivir. Siendo factores externos y pueden entenderse como “las tendencias y sucesos económicos, sociales, culturales, demográficos, ambientales, políticos,

---

<sup>100</sup> Carrillo de Albornoz y Serra, José María de, *Manual de Autodiagnóstico Estratégico*, Madrid, España, ESIC Editorial, 2005, p. 80.

<sup>101</sup> *Ibíd*, p. 81



legales, gubernamentales, tecnológicos y competitivos posibles a beneficiar y dañar en forma significativa en el futuro”<sup>102</sup>. Es importante señalar que estos aspectos están más allá del control de una organización o proyecto. Ejemplos de oportunidades y amenazas que se presentan son los cambios en la población, en la biotecnología, en la tecnología, en la bolsa de valores o la aprobación de una ley, por mencionar algunos.

Un principio básico de la administración estratégica dice que toda organización o proyecto requiere plantear estrategias para aprovechar las oportunidades y reducir el impacto de las amenazas externas. Por ello “la identificación, la vigilancia y la evaluación de las oportunidades y amenazas externas es esencial para lograr el éxito”<sup>103</sup>. Esto se materializa con la recolección de información. Todos estos son aspectos fundamentales que le ayudarán a un tomador de decisiones a adecuarse al contexto tan dinámico en el que se desenvuelve su organización o proyecto.

#### **Matriz F.O.D.A**

Con base en los argumentos ya señalados, se realizó la siguiente matriz para el análisis situacional o diagnóstico estratégico, del programa “Envejecimiento Saludable”.

---

<sup>102</sup> Fred, R. David, *Conceptos de Administración Estratégica*, traducción de Sánchez Carrión Miguel Ángel, México, Pearson Educación, 2003, p. 10.

<sup>103</sup> *Ibíd*, p. 10

**Fortalezas**

- El programa tiene una visión integral de atención médica geriátrica y gerontológica para el adulto mayor.
- Se han establecido 122 módulos de atención médica geriátrica y gerontológica en las clínicas de primer nivel de atención.
- Cuenta con un equipo multidisciplinario para atender al adulto mayor.
- Tiene un esquema de atención médica a distancia “telemedicina” que ayuda a monitorear a los pacientes.
- Cuenta con grupos de ayuda mutua para atender temas comunes en el envejecimiento.
- Contempla la formación de cuidadores familiares.

**Debilidades**

- El equipo multidisciplinario es reducido, llega a 690 elementos.
- La población derechohabiente mayor de 60 años del ISSSTE alcanza a ser de 1 623 397.
- No hay una cobertura total de los módulos gerontológicos en las 1059 clínicas de primer nivel.
- Sólo 117 módulos cuentan con aparatos de rehabilitación física.
- No hay un programa de medicina preventiva fuerte que preceda al programa “envejecimiento saludable”.
- Se omite a la musicoterapia.
- Poca atención médica domiciliaria.
- No hay un programa que prepare para asimilar el retiro, jubilación o envejecimiento.
- El programa no tiene mecanismos de transparencia, que permita acceder a la información pública clave para entender su funcionamiento.
- El programa no tiene una adecuada difusión dentro de las clínicas de medicina familiar.
- No hay un área de atención para padecimientos mentales como el Alzheimer, la demencia senil y el Parkinson.

**Oportunidades**

- Realización de congresos y seminarios nacionales e internacionales sobre el tema de envejecimiento.
- Desarrollo médico en el área de atención al adulto mayor y terapias físicas.
- Incremento del presupuesto asignado al ISSSTE para atención médica geriátrica.
- Incremento de instrumentos de transparencia en el programa.
- Aumento de médicos y profesionales especialistas en geriatría y gerontología.
- Mejora en la atención medica domiciliaria.
- Atención de gobiernos y organismos internacionales al tema de envejecimiento.
- Adopción de un enfoque de administración estratégica en el programa envejecimiento saludable.
- Desarrollo de la medicina preventiva en los programas médicos
- Impulso de programas para valorar el papel del adulto mayor.
- Fomento de programas para preparar la asimilación del retiro y el envejecimiento.

**Amenazas**

- Acelerado crecimiento de la población mayor.
- Reducción del presupuesto para la institución y el programa, por ausencia de proyectos y subejercicios.
- Opacidad y corrupción en el manejo de los recursos del programa.
- Incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas de una inadecuada atención al sobre peso y obesidad.
- Incremento de 20 años en la esperanza de vida de los adultos mayores.
- Insuficiencia en los recursos económicos para la operación del programa.
- Prevalencia de enfermedades mentales en los adultos mayores.
- Obsolescencia en los procesos administrativos del programa.
- Adultos mayores discriminados, excluidos, incapacitados, frágiles y dependientes.

Con base en la matriz generada, las áreas de oportunidad que el programa presenta son: incrementar el número de profesionales especializados en áreas de atención médica para adultos mayores, promover programas de medicina preventiva, para atender el sobre peso y la obesidad, instaurar un modelo de administración estratégica, implementar medidas de transparencia y acceso a la información en el programa, adicionarle actividades de musicoterapia, incrementar la atención domiciliaria, impulsar programas de preparación para el retiro, aumentar el número de módulos gerontológicos y sus elementos tecnológicos.

### **Diagnóstico del Programa**

El programa “envejecimiento saludable” es el instrumento idóneo del ISSSTE para atender a los adultos mayores en materia de medicina geriátrica con el cual les ofrece acceder a una vejez sana, activa y digna. Procura abatir la fragilidad, inmovilidad y dependencia, aspectos que dificultan una vida con calidad en la etapa de envejecimiento, la atención médica recibida pretende satisfacer sus necesidades y ayudarles a evitar complicaciones en su salud. Pero el programa se ve presionado por el crecimiento de la población mayor derechohabiente y el avance de las enfermedades crónicas que significan un mayor costo para la institución y la familia.

El incremento de pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes hipertensión, insuficiencia renal y problemas digestivos, se debe al padecimiento de sobrepeso y la obesidad, por lo cual es inminente desarrollar acciones en materia de medicina preventiva, que complementen al programa envejecimiento saludable. De igual manera la necesidad de aumentar el número de profesionales es indispensable, así como agregar mayores instrumentos administrativos al programa, en específico en cuestiones que le ayuden a adaptarse al constante cambio que vive su población. El programa tiene un contexto de oportunidades consecuencia de la atención que distintos organismos prestan al tema del envejecimiento. Pero a su vez se presentan amenazas que podrían poner en riesgo la viabilidad de su operación y disminuir su desempeño.

Para entender cabalmente la presión que ejerce el crecimiento de la población mayor de 60 años al programa, se debe comprender la situación del envejecimiento

poblacional, fenómeno presente en todo el mundo y generador de importantes presiones a las instituciones del Estado, en especial a las de bienestar y del cual México no es ajeno a vivir.

## 2.4 El Fenómeno de Envejecimiento Poblacional

Para este análisis se aborda primero la definición del concepto de envejecimiento poblacional. El profesor Chesnais menciona que es: “el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto a la población total”<sup>104</sup>, pero en general se le define como “la inversión de la pirámide de edades”. Es un fenómeno presente cuando la proporción de la población en edades de 65 años en adelante, toma relevancia respecto a la población total. Lo cual no es particular de una población en específico, se presenta en diversos países y se desarrolla a diferentes ritmos y periodos de tiempo.

Desde el siglo XIX los países viven una transformación acelerada en la configuración de su perfil demográfico, su población experimenta cambios radicales, significativos y palpables, que conllevarán nuevos desafíos para los gobiernos y la administración pública. Estos cambios se deben a un fenómeno llamado *transición demográfica*, proceso en el cuál la población de un país pasa de un perfil demográfico de determinadas características a uno diferente. El fenómeno tiene origen en los cambios de dos factores demográficos: mortalidad y natalidad. Por lo general la transición demográfica, lleva de un perfil demográfico con altas tasas de natalidad y mortalidad a un perfil donde estos factores son más bajos, desembocando en un envejecimiento poblacional.

El descenso de la “*mortalidad*”<sup>105</sup> fue un hecho en todo el mundo, por los cambios que trajeron la revolución científica, tecnológica y económica, a lo largo de la segunda

---

<sup>104</sup> Chesnais, *La evolución de las determinantes demográficas de los cambios en la estructura por edades de la población*, Primera Conferencia.

<sup>105</sup> El concepto de mortalidad se refiere a la salida de un individuo de la población debido a su fallecimiento, hecho que está estrictamente vinculado a factores biológicos y a la estructura por edades de la población. Welti, Carlos, “Mortalidad”, en *Demografía I* en Programa Latinoamericano de Actividades en Población, Primera edición, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1997, pp.73-74.

mitad del siglo XIX y el siglo XX. Lo cual se cristalizó en un aumento en la esperanza de vida y la disminución de defunciones por enfermedades. Kingsley Davis menciona que:

“El descenso mundial del índice de mortalidad, no fue sólo el primer cambio grande que pudo observarse en la evolución del ciclo demográfico moderno, sino también el que desencadenó la mayor parte de los cambios, pues la revolución tecnológica y económica de los tiempos modernos ejerció sus primeros y principales efectos demográficos sobre la mortalidad.”<sup>106</sup>

Lo anterior se traduce en el aumento de la calidad de vida de las personas, con los resultados de los avances científicos y tecnológicos, las personas acceden a un nivel de bienestar mayor.

La disminución generalizada de la “*natalidad*” genera un cambio en la configuración de los perfiles demográficos de los países y sin duda en el proceso de envejecimiento. La disminución de la natalidad se debe a oscilaciones relacionadas con variaciones coyunturales en la “*fecundidad*”<sup>107</sup> de las mujeres de un país, debido al retraso del embarazo, ya sea por dinámicas sociales o mecanismo tecnológicos, como métodos anticonceptivos. La inversión de esos dos factores demográficos provocará a largo plazo el paulatino envejecimiento de la población. Situación que significará uno de los mayores retos a los que se enfrentará la sociedad de cada país, exigiendo la transformación de las instituciones del Estado para absorber las presiones que serán indispensables de atender y evitando el desbordamiento de su capacidad de respuesta.

### ***El Envejecimiento a Nivel Mundial***

Las poblaciones en el mundo viven un proceso de envejecimiento, por los cambios de los factores determinantes del perfil demográfico: la natalidad y la mortalidad. Al respecto Elena Zuñiga menciona que:

---

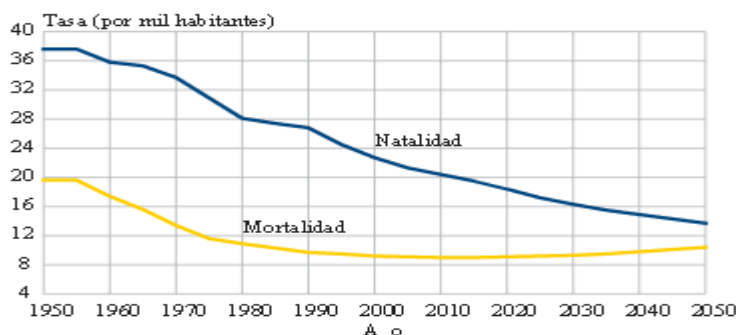
<sup>106</sup> Kingsley Davis, “The social demography”, en *The voice of american fórum lectures*, Behavioral Sciences series 17, p. 3.

<sup>107</sup> La fecundidad es la probabilidad que tiene una mujer de concebir durante la etapa de su ciclo fértil,

“La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo.”<sup>108</sup>

Lo anterior se puede ver en la siguiente gráfica:

*Transición demográfica mundial, 1950-2050*



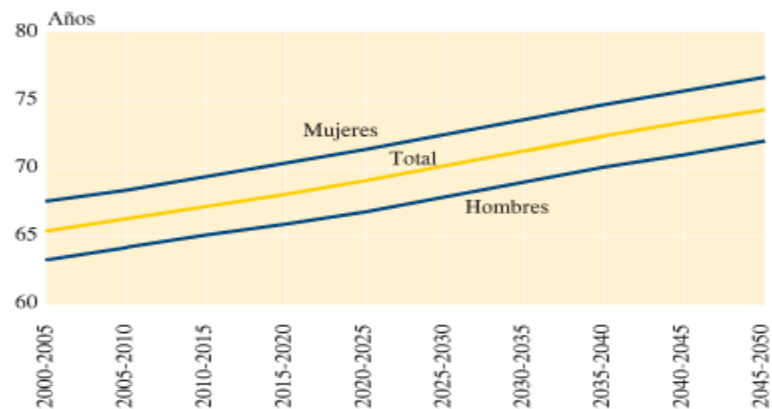
Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

Se observa que la tasa de mortalidad en el mundo va a la baja. Este logro se debe al éxito de las políticas y acciones que los gobiernos emprendieron para evitar altas cifras de fallecimientos y ofrecer a la población una mejor calidad de vida. De igual manera la tasa de natalidad en el mundo cayó drásticamente y tendrá un gran impacto en la producción de generaciones de remplazo poblacional. La disminución de la mortalidad se cristaliza en una mayor sobrevivencia, un aumento en la esperanza de vida. En el mundo la tasa de esperanza de vida en el periodo 2000 a 2005 alcanzó el promedio de 65 años y pasará a 74 años en el periodo 2045 a 2050. Lo que puede observarse en la siguiente gráfica.

<sup>108</sup> Zúñiga, Elena, *Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI*, CONAPO, SEGOB, México, 2005, p.12.

### Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 2000-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

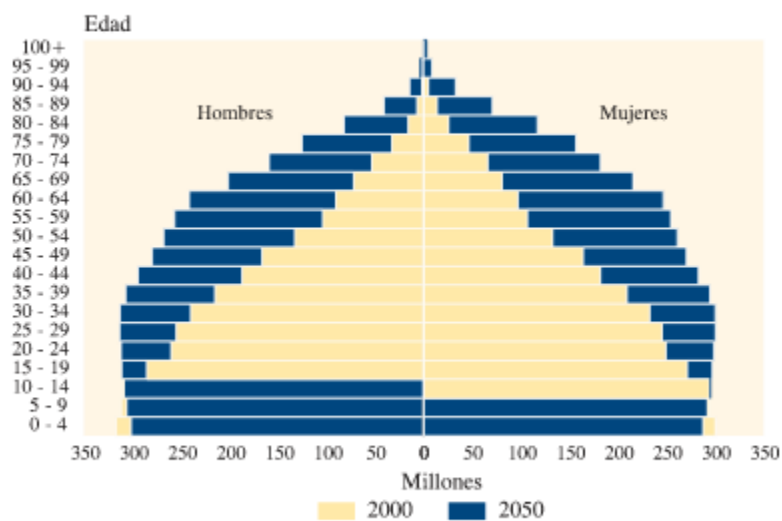
Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

Es evidente que la esperanza de vida crece y se traducirá en mayores proporciones de personas mayores. Un aspecto importante a resaltarse es que las mujeres alcanzan niveles de esperanza de vida más altos a comparación de los hombres. El proceso de transición demográfica se da en todos los países del mundo, pero se intensifica y hace más notorio en países desarrollados como Alemania, Japón, España, por mencionar a algunos. En la mayoría de estos países el proceso se encuentra en una etapa final, donde el perfil demográfico está configurado por una población en edades avanzadas. Esta orientación del perfil demográfico se conoce con el nombre de envejecimiento poblacional.

La definición clásica de envejecimiento poblacional es el aumento de la proporción de personas de edades avanzadas respecto a la población total, pero es preferible definirla como la inversión de la pirámide de edades. Lo anterior se puede ver en la gráfica que a continuación se muestra, elaborada con base en la comparación de la población del año 2000 y las proyecciones para el año 2050.



### Pirámide de la población mundial, 2000-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

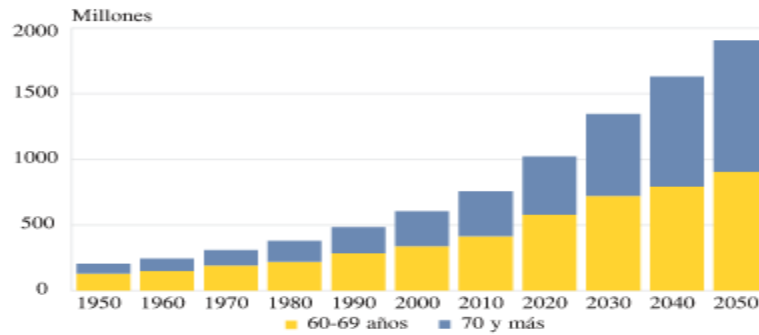
Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

La pirámide poblacional del 2050 presenta una disminución en los grupos jóvenes de edad menores a los 15 años, un aumento en las edades laborales y de adultos mayores. También se observa que debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su proporción será mayor con respecto a la de hombres en edades avanzadas en las próximas décadas. Haciendo una relación de la población adulto mayor y la población total en el mundo, la población mayor representó en el periodo de 1950 a 1980 un 8%, en tanto que en el año 2000 representó un 10%, bajo esta tendencia se calcula que para el año 2030 el envejecimiento demográfico llegue a tasas del 16.6% y para el 2050 sea de 21.4%, lo que se traduce en una relación de 1 adulto mayor por cada 10 personas en el año 2000 y 1 de cada 5 para el año 2050<sup>109</sup>.

Se calcula que la población de adultos mayores se triplicó en el periodo de 1950 a 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones, respectivamente y se estima que aumente a 1 348.3 millones en 2030 y a 1907.3 millones en 2050. Lo anterior se puede ver con mayor claridad en la siguiente gráfica.

<sup>109</sup> *Ibíd*, p.13

*Población mundial de 60 años y más, 1950-2050*

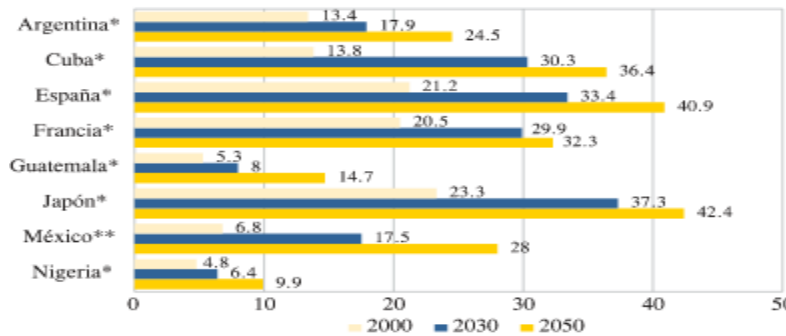


Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

Los países que mayor porcentaje de adultos presentan son España con el 21.2% en el año 2000, 33.4% en 2030 y 40.9% en el 2050. Francia con 20.5% en 2000, 29.9% en 2030 y 32.3 en 2050<sup>110</sup>. Por su parte Alemania alcanza los 17 millones de adultos mayores, es decir el 20% de su población en 2010<sup>111</sup>, Japón con 23.3% en el año 2000, 37.3% para el 2030 y 42.4% en el 2050. Cuba se encuentra en las tasas de 13.8% en el 2000, 17.9% en el 2030 y 24.5% en el 2050. Por mencionar a algunos. La siguiente gráfica amplía la información.

*Porcentaje de población de 60 años y más según países seleccionados, 2000, 2030 y 2050*



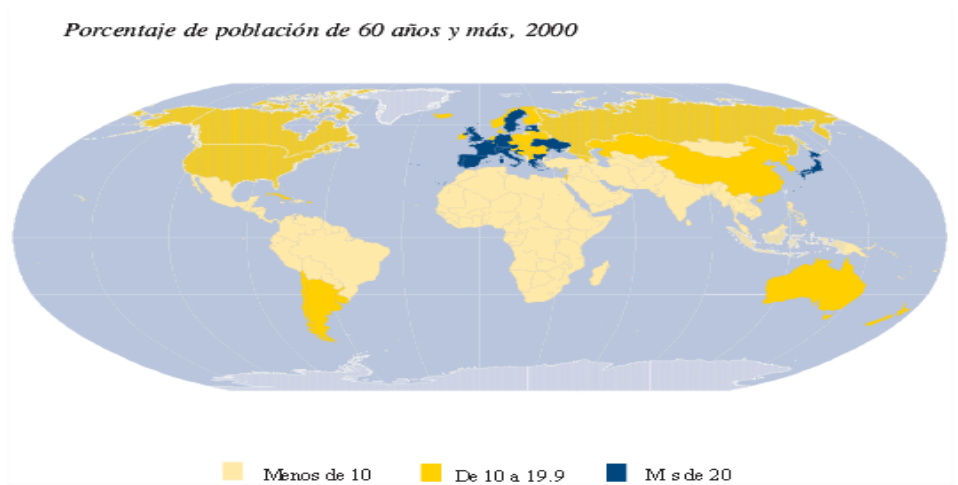
Fuente: \* World Population Prospects: The 2002 revision.  
 \*\* CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

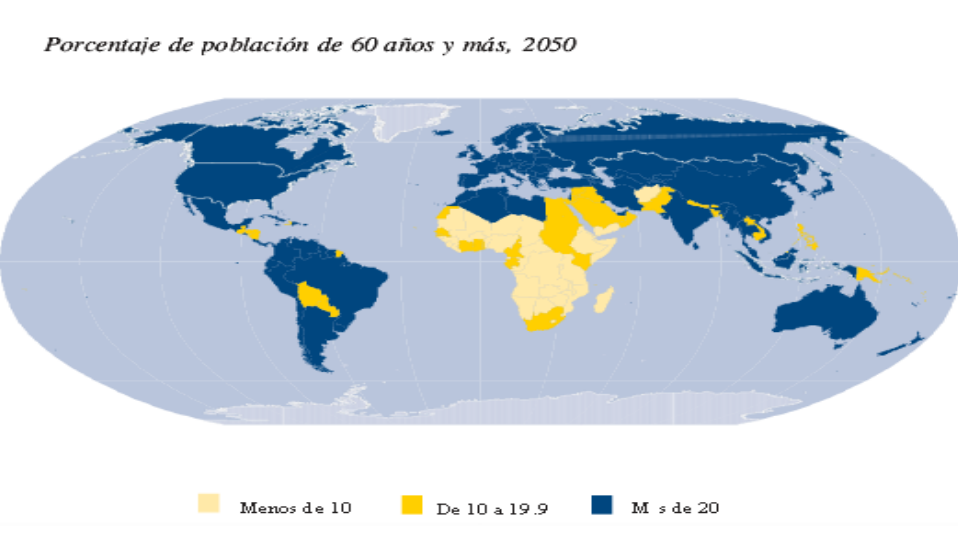
<sup>110</sup> *Ibíd*, p.16

<sup>111</sup> Fuentes, Fernando "Demografía explica envejecimiento de la población alemana, en *La Tercera*, sección mundo", en *Mundo* [en línea], 6 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/mundo/2011/10/678-397323-9-demografa-explica-envejecimiento-de-la-poblacion-alemana.shtml>. Consultado el 29 de marzo de 2013.

Si bien la dinámica del proceso de envejecimiento es diferente en cada país, está presente en todos los países un aumento significativo de adultos mayores. En el año 2000 uno de cada diez países tenía una población envejecida, pero para el 2050 serán alrededor de seis de cada diez países<sup>112</sup>, como se puede observar en los siguientes mapas.



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.



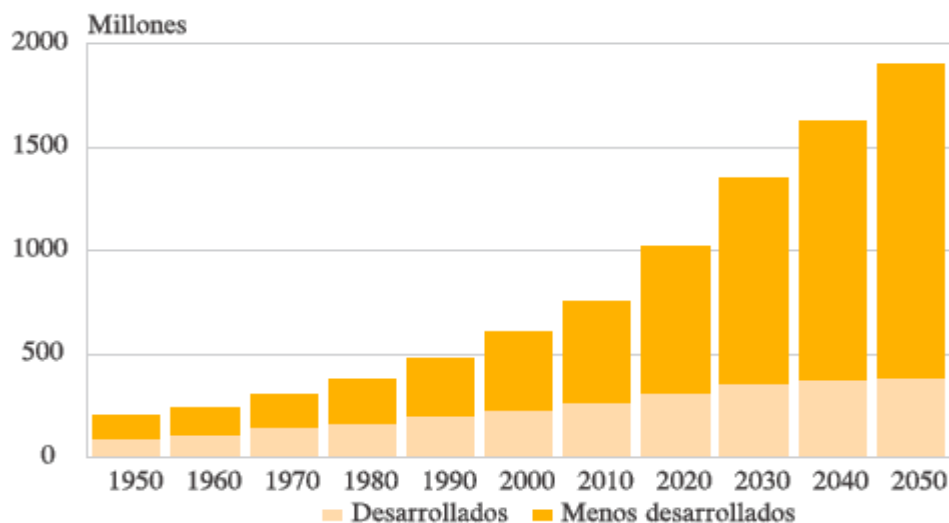
Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

<sup>112</sup> Zuñiga, Elena, *op. cit.*, p.16

Se estima que la mayoría de los adultos mayores se encontrarán en los países menos desarrollados, en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento poblacional, en el año 2000 el número de adultos mayores en países menos desarrollados llegó a 375 millones, esto equivale al 62% del total de adultos mayores en el mundo. Se espera que el porcentaje de adultos mayores en estos países se incremente en las próximas décadas, hasta el 80% de los 1900 millones de personas de 60 años en adelante que habrá en 2050, residiendo así en países que hoy tienen menores niveles de desarrollo<sup>113</sup>. Lo anterior se puede observar en la siguiente gráfica.

*Población mundial de 60 años y más según región, 1950-2050*



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

El incremento de adultos mayores en países menos desarrollados es inminente y se presentará en plazos de tiempos más cortos y a un ritmo más acelerado. Esto implicará que los gobiernos de esos países, trabajen en mecanismos óptimos que ayuden a atender las necesidades de los adultos mayores para brindarles una senectud con dignidad y en plenitud.

<sup>113</sup> *Ibid*, p.18.

## ***El Caso de México***

México no es ajeno al fenómeno mundial del envejecimiento, se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento poblacional derivado de una transición demográfica iniciada en los albores de la segunda mitad del siglo XX, lo cuál culminará a mediados del siglo XXI con la consolidación de un perfil demográfico envejecido. De hecho el Consejo Nacional de Población estima que para el año 2050 habrá 23.1 millones<sup>114</sup> de adultos mayores.

Los cambios que sufrieron los factores clave de la transición demográfica, la mortalidad y la natalidad requieren mayor atención. En primer lugar el declive de la mortalidad, cristalizada en la elevación de la esperanza de vida, la cual para el año 2012 se situó en 74 años en la población y se proyecta para el 2050 en 79.5 años. En segundo lugar la caída de la tasa de natalidad, hoy de 2.2 hijos por mujer, se estima que en las siguientes décadas continúe descendiendo<sup>115</sup>.

Para entender de manera amplia y completa el proceso de envejecimiento poblacional, es necesario realizar un análisis del proceso del cambio experimentado en la pirámide poblacional en la última mitad del siglo XX; hacer una revisión del proceso de transición demográfico que se vivió. Dicho proceso se compone de dos fases, en donde las tasas de natalidad y mortalidad atravesaron por cambios sustanciales. La primera fase del fenómeno inició en la década de los cuarenta del siglo XX, donde se registró un descenso de la mortalidad y un aumento en los índices de natalidad, generando un elevado crecimiento demográfico entre 1950 y 1970.

Lo cual se traduce en una explosiva dinámica demográfica en décadas futuras, con un grado de presión mayor al desarrollo económico y social, así como a los sistemas de educación, salud, vivienda y trabajo, que iniciaban una consolidación. Por lo cual el 7 de enero de 1974 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de

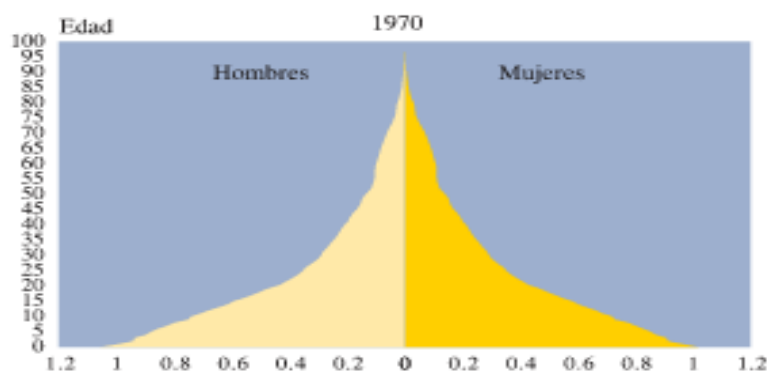
---

<sup>114</sup> Lavin Ojeda, Auralet, *Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población* [en línea]. México, CONAPO, última actualización Miércoles 28 de noviembre de 2012 a las 18:31:27. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos\\_Generales\\_de\\_los\\_resultados\\_de\\_las\\_Proyecciones\\_de\\_Poblacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion). Consultado el 29 de marzo de 2013.

<sup>115</sup> *Ibidem*.

Población, buscando incidir en la dinámica de crecimiento poblacional mediante el establecimiento de programas de planificación familiar, la creación de la Comisión Nacional de Población, la regulación de la migración e inmigración y la disminución de la mortalidad<sup>116</sup>. La ley tuvo un paulatino grado de incidencia en el proceso demográfico, con lo cual se inició la segunda etapa de la transición demográfica, caracterizada por la disminución de la natalidad, consolidando un descenso en la tasa de crecimiento poblacional, lo que ayudó a controlar la explosiva dinámica demográfica y reducir la presión sobre el desarrollo económico y social. Lo anterior ve reflejado en la pirámide poblacional de la década de 1970.

*Pirámides de población de México, 1970-2050*

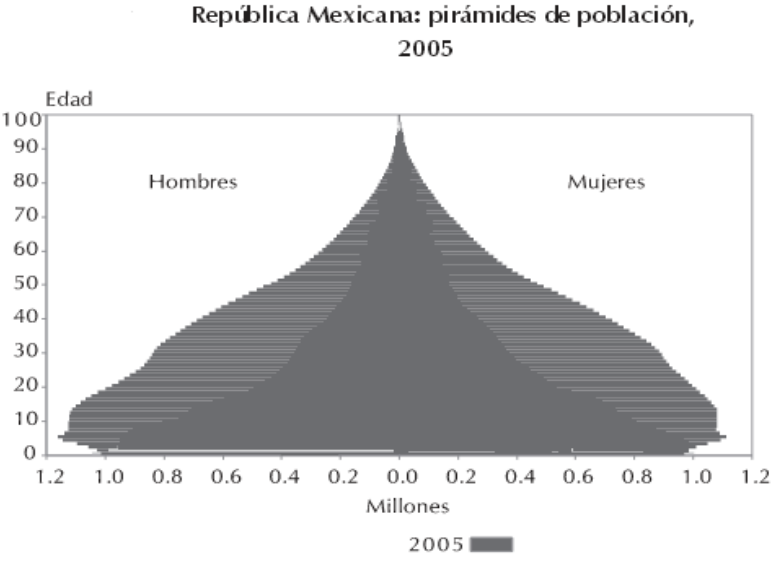


Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

Se observa en la gráfica una pirámide poblacional con una base muy amplia, traducida en grandes niveles de población infantil y una cúspide bastante estrecha, significando bajas proporciones de población mayor de 60 años. Con lo anterior se afirma la juventud de la población mexicana en esa época. En el 2005, más de 30 años después, la pirámide cambió, presentándose un abultamiento en el centro y un estrechamiento de la base, correspondiente a una disminución de la proporción de niños y un incremento relativo en la población joven y en edad laboral. Lo cual se denomina como bono demográfico, población potencialmente útil para iniciar la

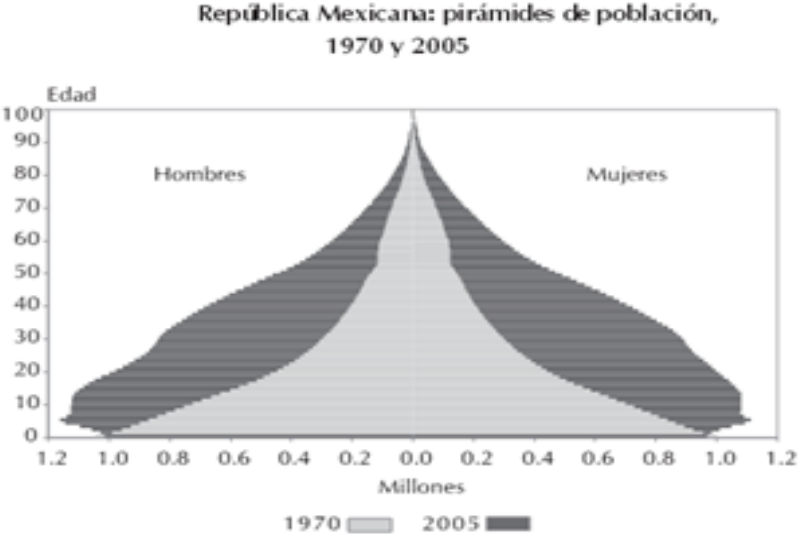
<sup>116</sup> Ley General de Población [archivo PDF], 1974. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>.

generación de profesionales para el diseño de acciones que ayuden a atender el envejecimiento poblacional.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población.

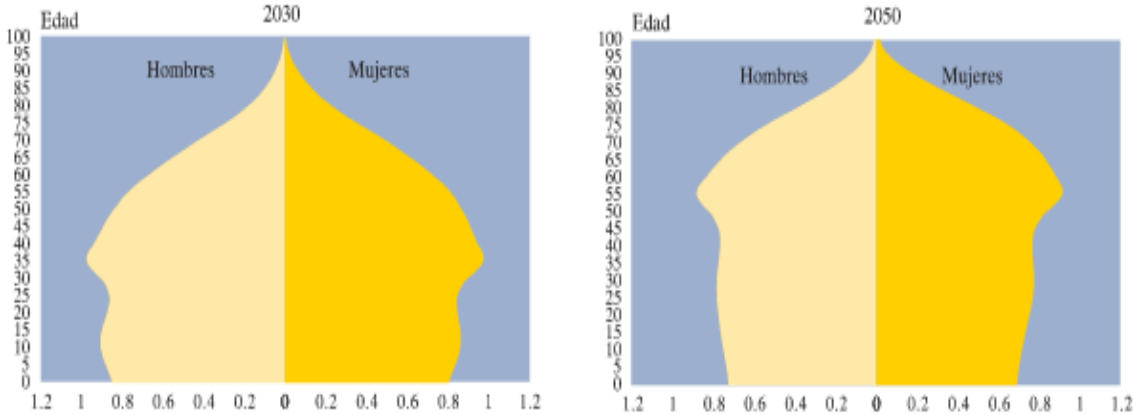
El aumento de la población es bastante significativo y puede observarse con más detalle en la gráfica comparativa de las dos pirámides.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población.

México se encuentra en una situación demográfica caracterizada por una natalidad cercana o por debajo de los niveles de reemplazo y una esperanza de vida que crece, genera una amplia población en edades intermedias y avanzadas, con un acelerado envejecimiento poblacional. La pirámide se angosta en la base, con lo cual la población infantil y joven tiene un menor peso, se reduce mientras, hay un creciente número de personas que alcanzan los 60 años, engrosando la cúspide de la pirámide.

Se estima que “la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores registrada en los últimos años es de 3.5 por ciento anual. Lo anterior implica que este grupo tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 20 años. Se prevé que esta dinámica continuará hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.2 por ciento durante la tercera década del presente siglo”<sup>117</sup>. Llegando entre 2005 y 2050 a los 23.1 millones, la tercera parte de este incremento ocurrirá partir de 2020. Bajo esta dinámica demográfica tan acelerada la población de 60 años o más, representa casi uno de cada 13 mexicanos (7.6%), en 2030 representará uno de cada seis (17.1%) y en 2050 más de uno de cada cuatro (27.7%)<sup>118</sup>.



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

Gráfica tomada de Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, 2005.

<sup>117</sup> Zuñiga Elena, “El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características”, en *La situación Demográfica 2008*, México, 2008, p. 95.

<sup>118</sup> *Ibidem*.



En las gráficas anteriores se puede observar los cambios que la población experimentará. Destacando la reducción de la población joven y el incremento para el año 2050 de adultos mayores. En comparación con países desarrollados, donde culminó el proceso de envejecimiento y en México, hay una diferencia sustancial, la velocidad con que el fenómeno se presenta, dado que ocurrirá en un periodo de tiempo corto, el cual abarca menos de 30 años y no en 50 o más, como ocurrió en los países desarrollados.

## Capítulo 3. De frente al futuro

El presente capítulo aborda un estudio de los principales aspectos que rodean al envejecimiento, el primero de ellos es la situación de pobreza en México en las edades de 65 años en adelante, después se analiza el proceso de envejecimiento en la población del ISSSTE, posteriormente se explica la situación médica de los adultos mayores a nivel nacional y se examina la situación médica de los derechohabientes en el instituto. Posteriormente se elaboran tres escenarios prospectivos sobre el futuro del programa envejecimiento saludable, elementos que ayudaran a prever lo que posiblemente podría pasar si se actúa de inmediato para corregir su desempeño, se omiten acciones o si son de muy baja intensidad.

### *3.1 Las Implicaciones del Envejecimiento*

El envejecimiento de la población acarrea una serie de retos en distintas materias, las cuales abarcan el trabajo, las pensiones, el entorno familiar, la infraestructura, hasta la salud. El llamado bono demográfico, podría brindar un amplio margen de maniobra para atender a la futura población mayor, si fuese capacitada y canalizada a las áreas estratégicas que en un futuro se requerirán o bien si se le ofreciera un empleo y un salario digno, el cual ayudaría a disminuir la problemática de la seguridad social.

Un aspecto que rodea al envejecimiento y lo torna más complejo es la pobreza, el CONEVAL informó en 2008 que en nuestro país hay 3.1 millones de adultos mayores en pobreza multidimensional, de los cuales 0.8 millones estaban en situación extrema, 2.4 millones eran vulnerables por carencias sociales, 0.3 millones eran vulnerables por ingresos y 1.2 millones se encontraban en la categoría de pobreza. Así mismo informó que los adultos mayores en pobreza multidimensional tenían, en promedio, 2.7 carencias sociales. La clasificación de las carencias sociales de los adultos mayores era la siguiente:

- 67.9 por ciento tenían rezago educativo;
- 33.5 por ciento no contaban con acceso a los servicios de salud;
- 34.0 por ciento no tenían acceso a la seguridad social;

- 13.6 por ciento tenían carencia en la calidad y en los espacios en la vivienda;
- 18.1 por ciento presentaban carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, y
- 19.1 por ciento presentaban carencia por acceso a la alimentación.<sup>119</sup>

Otro aspecto importante que circunscribe al envejecimiento es la marginación que vive el adulto mayor, frenando su desarrollo pleno, al asfixiarlo y deprimirlo. Un área que representará grandes retos es la de salud, debido a la necesidad de generar servicios especializados y la vinculación social y biomédica de la atención a la salud. El 72.6 % de la población es derechohabiente adscrito a alguna institución de salud, el 27.4% permanece sin derechohabiencia, población vulnerable y en riesgo por no contar con el respaldo y certeza por parte de alguna institución, en materia de seguridad social. El IMSS cubre al 38.8% de mexicanos, el ISSSTE el 9.3%, el Seguro Popular el 20.4% y el 4.1% de la población es atendido por alguna otra institución<sup>120</sup>.

## ***Los Problemas de Salud de los Adultos Mayores***

Roberto Ham Chande indica que desde 1987 con los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en personas mayores era ya un hecho, las enfermedades más frecuentes eran: hipertensión, diabetes, cardiopatías, neuropatías y neoplasias. Años más tarde con la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, los datos sobre las personas de 65 años en adelante, señalaron que el padecimiento crónico más frecuente en ambos sexos era la hipertensión con 35.6%, seguida por la diabetes con 17.5% y en tercer lugar las enfermedades del corazón con 10.0%, desde las afecciones de infarto, angina de

---

<sup>119</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Dirección de Información y Comunicación Social, *Comunicado sobre la situación de pobreza multidimensional de los adultos mayores*, México, 27 de agosto de 2010, p.1

<sup>120</sup> Cárdenas Varela Cesar Luis, *Numeralia de los adultos mayores en México*, Instituto Nacional de Geriatria, 2012.p.11

pecho e insuficiencia cardiaca<sup>121</sup>.lo anterior se puede ver con claridad en la siguiente tabla.

Prevalencia según enfermedad crónica en la población de [65+] por sexo y grupos de edad. México, 2006					
Enfermedad Padecimiento	Total	Grupos de edad			
		65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más
<b>Total</b>					
Hipertensión	35.6	33.9	37.5	35.9	35.4
Diabetes	17.5	21.4	17.7	13.6	14.5
Cáncer	1.4	1.3	1.0	1.7	1.6
Insuficiencia renal	2.1	1.1	2.3	2.2	3.3
Enfermedad del corazón	10.0	8.4	9.9	10.9	11.9
<b>Hombres</b>					
Hipertensión	28.5	25.7	30.6	33.0	26.4
Diabetes	14.6	17.4	15.6	12.1	10.4
Cáncer	1.1	0.5	1.1	2.2	1.1
Insuficiencia renal	2.9	1.2	3.1	4.7	4.1
Enfermedad del corazón	9.6	7.7	8.7	13.4	11.0
<b>Mujeres</b>					
Hipertensión	41.2	41.1	43.9	38.0	41.2
Diabetes	19.7	24.8	19.6	14.7	17.1
Cáncer	1.6	1.9	1.0	1.3	1.9
Insuficiencia renal	1.5	1.0	1.7	0.4	2.8
Enfermedad del corazón	10.3	9.1	10.9	9.0	12.5

Fuente: Estimaciones propias con base en ENSANUT (2006).

Tabla tomada de Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México, en La situación Demográfica 2011, primera edición, México, 2011

Las enfermedades se manifiestan de manera diferente en cada sexo. Los padecimientos crónicos en mujeres son mayores que en hombres. Por ejemplo en hipertensión 41.2% son mujeres contra 28.5% de hombres, la diabetes también es mayor entre las mujeres y llega al 19.7%. Al juntarse esta situación, con la mayor esperanza de vida de las mexicanas pues viven más años, pero padeciendo enfermedades crónicas, situación que les resta calidad de vida.

A esto se suma que en México existe un número reducido de profesionales capacitados en atención a las personas en edades avanzadas, geriatras, tanto en

<sup>121</sup> Ham Chande, Roberto, "Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México", en *La situación Demográfica 2011*, México, 2011, p. 143.

clínicas como en hospitales. Los médicos geriatras y gerontólogos, son alrededor de 350, un número bajo, y sumamente reducido para el tamaño de la población mayor que hoy existe. La ausencia de personas capacitadas favorece que los costos de la atención se eleven, impide la realización de actividades orientadas a la prevención que ayuden a un envejecimiento exitoso y menores gastos para las instituciones de salud, las familias y el paciente mismo.<sup>122</sup>

Otro aspecto importante relacionado con la salud del adulto mayor es la presencia de discapacidades, por enfermedades crónicas y degenerativas; los accidentes derivados de la edad, todo ello afecta su estado funcional y obliga a los sistemas de salud a pensar en acciones asistenciales, cuidados a largo plazo, apoyo a la familia y programas de prevención. La pérdida de la funcionalidad ocasiona mayor vulnerabilidad a las agresiones externas, disminuye los mecanismos de respuesta al estrés y limita la posibilidad de realizar las tareas diarias. Gutiérrez Robledo menciona que las potenciales agresiones son: los procesos biológicos, la iatrogenia, la polifarmacia, el estilo de vida y los servicios de salud inapropiados; señala que los sistemas sanitarios, cuando no se diseñan de manera adecuada, son fuente potencial de discapacidad y dependencia en los ancianos, por infrautilización y mala utilización, la fragilidad puede ser entendida como el antónimo de la robustez y sinónimo de un mayor riesgo de caer en situación de dependencia.<sup>123</sup>

Roberto Ham menciona que en la ENSANUT 2006 hay un apartado sobre discapacidades en adultos mayores, donde se les preguntó sobre la dificultad para realizar actividades de la vida diaria, entendidas como la capacidad de trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas y actividades familiares o recreativas. El resultado se puede ver en la siguiente tabla, la situación es evidente: las mujeres presentan un mayor porcentaje de discapacidad para caminar o moverse, ver y escuchar en contraste con los hombres, de igual manera la presencia de una discapacidad se incrementa conforme aumentan los años. Estos datos reafirman la creciente fragilidad

---

<sup>122</sup> Memoria Institucional 2007-2009, Instituto de Geriatria, *op cit*, p.32.

<sup>123</sup> Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, "México y la revolución de la longevidad", en *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria*, México, 2010, p.24.

y dependencia del adulto mayor, esto se traduce en una creciente presión para los sistemas de salud, la familia y la comunidad misma.

Distribución de la población por condición y tipo de limitación en la actividad. México, 2010									
Grupos de edad	Con limitación en la actividad								Sin limitación en la actividad
	Total	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental	
<b>Nacional</b>	<b>4.1</b>	<b>53.6</b>	<b>28.4</b>	<b>11.0</b>	<b>8.8</b>	<b>5.0</b>	<b>4.6</b>	<b>9.9</b>	<b>95.9</b>
Menos de 65 años	2.7	43.6	29.0	7.6	11.9	4.3	6.0	14.0	97.3
65 a 69 años	15.5	66.7	29.4	10.4	3.2	3.6	1.5	2.9	84.5
70 a 74 años	21.1	69.0	27.5	13.1	3.3	4.1	1.7	2.7	78.9
75 a 79 años	28.2	70.4	26.7	16.0	3.5	5.1	2.0	3.0	71.8
80 y más	41.6	72.4	27.1	22.4	4.7	9.8	3.6	3.8	58.4
<b>Hombres</b>	<b>4.2</b>	<b>50.3</b>	<b>27.3</b>	<b>12.1</b>	<b>10.1</b>	<b>4.8</b>	<b>5.0</b>	<b>11.1</b>	<b>95.8</b>
Menos de 65 años	2.9	42.1	27.0	8.0	13.1	4.4	6.5	15.3	97.1
65 a 69 años	15.4	63.4	29.0	13.0	3.8	3.7	1.5	3.4	84.6
70 a 74 años	20.7	65.5	27.4	16.3	3.8	4.1	1.7	3.0	79.3
75 a 79 años	27.7	66.5	27.1	19.8	4.1	4.8	1.9	3.0	72.3
80 y más	40.5	68.0	28.1	26.7	5.0	7.9	3.1	3.3	59.5
<b>Mujeres</b>	<b>4.0</b>	<b>57.0</b>	<b>29.6</b>	<b>9.9</b>	<b>7.6</b>	<b>5.3</b>	<b>4.2</b>	<b>8.6</b>	<b>96.0</b>
Menos de 65 años	2.5	45.3	31.3	7.1	10.5	4.1	5.4	12.5	97.5
65 a 69 años	15.7	69.5	29.7	8.1	2.7	3.5	1.5	2.4	84.3
70 a 74 años	21.4	71.9	27.6	10.4	2.8	4.1	1.7	2.5	78.6
75 a 79 años	28.6	73.6	26.4	12.8	3.0	5.3	2.1	2.9	71.4
80 y más	42.5	75.6	26.4	19.3	4.6	11.2	3.9	4.2	57.5

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos del cuestionario básico.

La suma de los distintos tipos de limitación en la actividad puede ser mayor al total por aquella población que tiene más de una limitación.

Ver Incluye a las personas que aun con anteojos tienen limitaciones.

Oír Incluye a las personas que aún con aparato auditivo tienen dificultades.

Tabla tomada de Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México, en La situación Demográfica 2011, primera edición, México, 2011

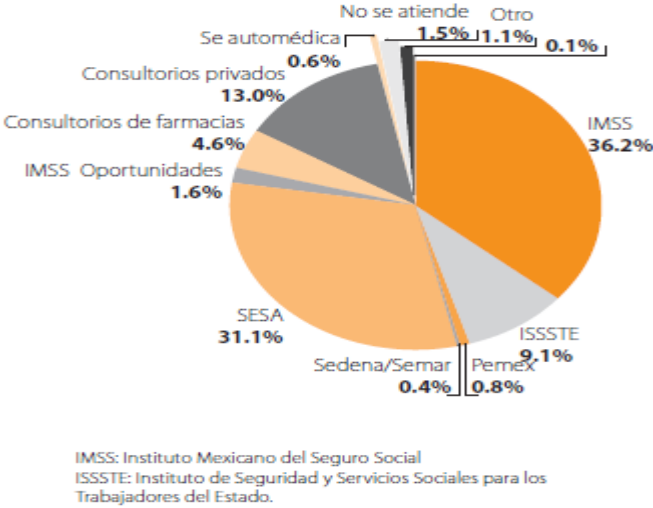
Luis Miguel Gutiérrez Robledo menciona que:

“la vejez no está desligada del resto de la vida de una persona, es la continuación del ciclo de vida. Refleja la visión que de la vida ha tenido un individuo en particular y es consecuencia de las etapas que le antecedieron. La vejez individual refleja la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida de cada individuo.”<sup>124</sup>

Los datos obtenidos en la ENSANUT del 2012 muestran que los principales lugares de atención a los que recurren los adultos mayores al presentar problemas de salud son: en primer lugar el IMSS, en segundo los centros de salud y hospitales de la

<sup>124</sup> *Ibíd*, p.23.

SESA, en tercero los servicios privados con 17.6% (de los cuales 26% son consultorios en farmacias) y finalmente al ISSSTE con 9.1%, lo que se puede observar en la siguiente gráfica.



Gráfica tomada de ENSANUT 2012

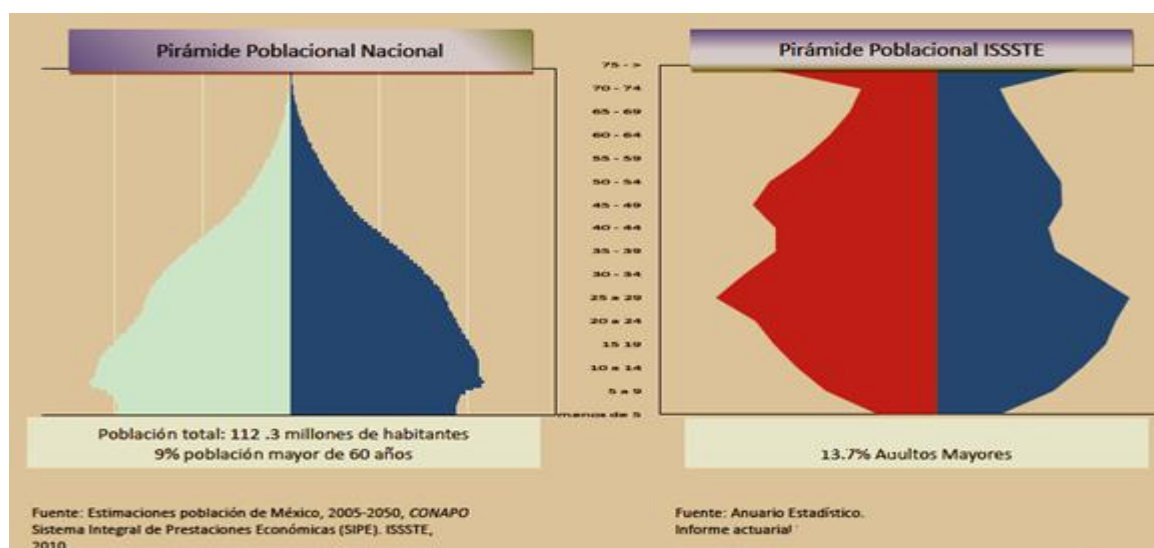
La situación de discapacidad en nuestro país asciende en el 2012 a 26.9%, es decir más de una cuarta parte de los adultos mayores de nuestro país presenta dificultades para realizar alguna actividad básica e instrumental de la vida diaria. Sobre el padecimiento de demencias y deterioro cognitivo la encuesta indica que 7.9% presenta prevalencia de demencias y 7.3% de deterioro cognitivo. Situación que genera una mayor dependencia del adulto mayor y disminución de su calidad de vida en el envejecimiento.<sup>125</sup>

Si bien el envejecimiento de la población se puede entender como un logro en muchos sentidos, también representa un reto para el Gobierno y la Administración Pública, en específico en el área de seguridad social, no hay que perder de vista que es una gran veta de oportunidades, si se capitaliza la situación y se racionaliza la acción de la administración pública para generar instrumentos, estrategias, programas y cuadros profesionales que puedan afrontar el envejecimiento de la población.

<sup>125</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, 2012 .

### 3.2 El Cambio en la Pirámide Etaria del ISSSTE

La población adscrita al ISSSTE no escapa del envejecimiento, de hecho la proporción de adultos mayores asciende a 1 623 397 personas, lo que representa el 13.7% de su población total derechohabiente que es de 12, 206,730<sup>126</sup>. En un contraste con la población actual de México, el instituto presenta los niveles de población mayor que se esperan en las siguientes décadas. Lo cual se puede visualizar en las próximas gráficas.

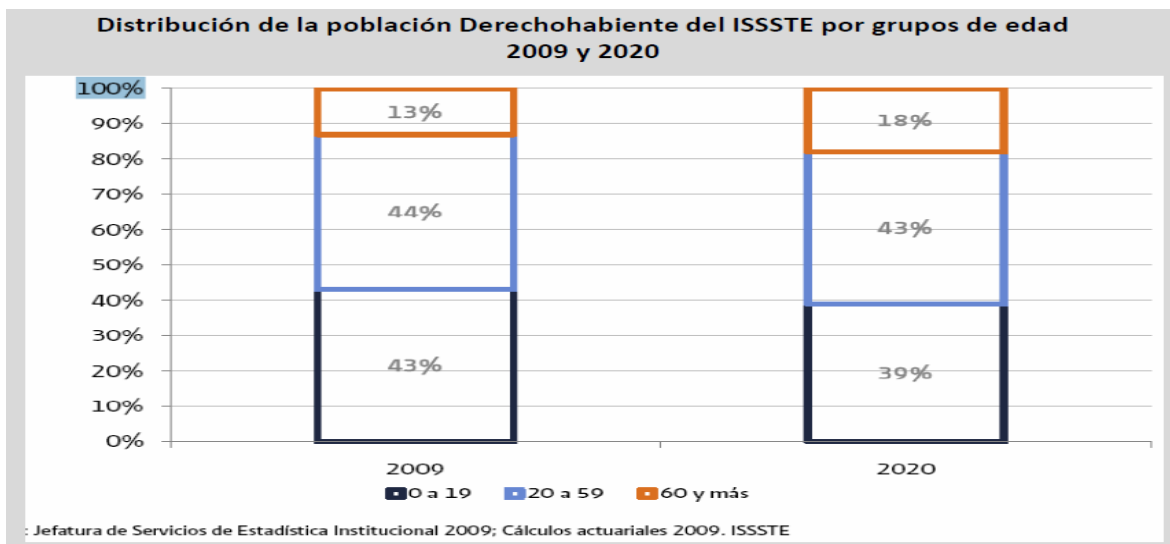


Gráfica tomada del documento institucional del programa

La pirámide poblacional del instituto se ha invertido y la mayor parte de los adultos mayores derechohabientes del instituto se encuentra en los rangos de edad de 70 años en adelante. Sin menoscabo de la proporción que representan los adultos de 60 años y más. Estimaciones realizadas por el instituto revelan que para el 2020 la población mayor alcanzará a ser el 18% de su población total derechohabiente, la población en edades de 20 a 59 disminuirá un punto porcentual y la población joven de 0 a 19 disminuirá cuatro puntos porcentuales. Lo anterior se puede ver con más detalle en la siguiente gráfica.

<sup>126</sup> Anuario estadístico ISSSTE 2011.



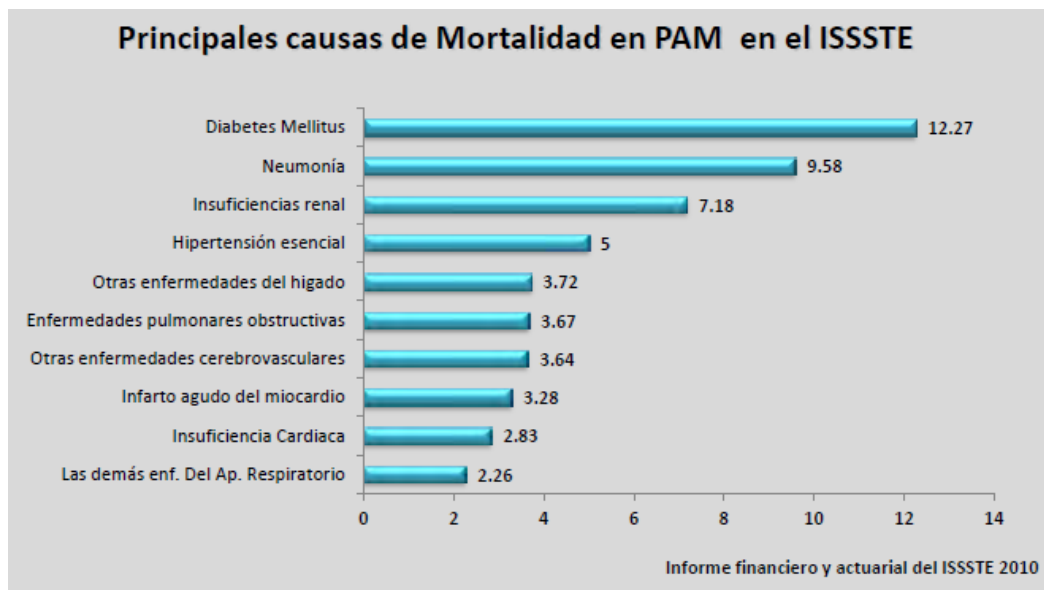


Gráfica tomada del documento institucional del programa

El tamaño que alcanza esta población, representa grandes retos para el instituto en especial en el área de atención médica y el programa “envejecimiento saludable”, en especial por los altos índices de enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores, situación que a continuación se presentará, pues se agrava al contrastarla con la realidad médica de los adultos mayores.

### ***Los Problemas de Salud en el ISSSTE***

El escenario médico de los adultos mayores en el ISSSTE no es muy lejano al nacional. Enfermedades como la diabetes y las enfermedades respiratorias se encuentran en los primeros lugares de la lista de causas de muerte en los derechohabientes. La diabetes representa el 12.2% de las causas de muerte, seguida de la neumonía con el 9.5%, la insuficiencia renal con el 7.1% y la hipertensión con el 5%. Lo cual se puede ver con claridad en la subsecuente gráfica.



Los tratamientos para atender estas enfermedades son complejos y acarrear costos elevados para la institución, el paciente y la familia. De igual manera estas enfermedades traen consigo una mayor fragilidad y dependencia en el adulto mayor. Provocando que la calidad de vida en esta etapa sea deficiente y precaria, obstaculizando el acceso a una senectud digna, independiente y plena, modelo denominado como un envejecimiento sano y activo. Lo que inminentemente traerá un gran reto a los programas de atención médica que dan respuesta a las necesidades de salud de los adultos mayores, el programa “Envejecimiento Saludable”.

### **3.3 Un Acercamiento al Futuro del Programa “Envejecimiento Saludable”**

Se plantea el análisis de las potenciales situaciones que se pueden presentar para el programa envejecimiento saludable. Se usa a la prospectiva para vislumbrar tres escenarios posibles: el deseado, el no deseado y el tendencial; todos ellos proyectados en un lapso de tiempo medio, empleando herramientas prospectivas, como: el software “MIC MAC” y la cruz de escenarios de Peter Schwartz. Con lo anterior se busca desarrollar una idea del futuro que el programa podría vivir. Visualizando así, la problematización o prognosis del mismo y con ello esbozar las posibles estrategias o propuestas, para mejorar.

Construir los posibles escenarios futuros del programa ayuda a ver cuáles serían las consecuencias positivas y negativas posibles en un lapso no muy largo de tiempo, al tomar u omitir acciones para atender las fallas que el programa tiene. Si bien el futuro no se puede predecir, si es posible vislumbrar uno posible, de igual manera es factible modelarlo, siempre y cuando se haga con un sustento de datos y hechos veraces, comprobables y ordenados de forma lógica. Siendo así la construcción de escenarios, la síntesis de dos ejercicios: la deducción de consecuencias probables y la elaboración de predicciones sustentadas.

El futuro no puede ser previsto o concebido con exactitud, debido a numerosas fuerzas configuradoras de su perfil, dinámica y características. Adquiriendo así el futuro una complejidad impredecible; más no imprevisible e incomprensible. La construcción de escenarios es un factor clave para los tomadores de decisiones en las organizaciones y responsables de proyectos y programas. Si los escenarios son elaborados con un amplio conjunto de datos comprobables, éstos adquieren una confiabilidad y certeza muy alta. Usar escenarios permite asegurar una visualización de lo que se quiere, de lo que no se quiere y de lo que podría suceder, respecto a un objeto de estudio. Por lo cual los escenarios son pieza clave y fundamental para la construcción de una administración estratégica, pro-activa y de alta calidad.

La prospectiva es una herramienta metodológica que sirve para reflexionar acerca de la realidad compleja en la que vivimos y proponer soluciones a los problemas que se presentan. Partiendo de su raíz, prospectiva viene del latín "*prospicere*" que significa: "*ver adelante, ver a lo lejos, ver a todos lados, a lo largo a lo ancho, tener una visión amplia*"<sup>127</sup>, remitiéndonos a las idea de "ver de forma amplia" o ver el futuro. Considerando a la prospectiva como un estudio de futuro. Es importante mencionar que no se debe confundir a la prospectiva con la idea de predicción del futuro, o la adivinación.

---

<sup>127</sup> Baena Paz, Guillermina, *Prospectiva Política: Guía Para Su Comprensión Y Práctica*, México, FCPyS, UNAM, 2004, p. 15.

La prospectiva “construye futuros, es una forma de planeación”<sup>128</sup>. Es un instrumento que permite pensar en las posibles consecuencias de una acción o una inacción. Michel Godet menciona que la prospectiva: “constituye una anticipación (pre activa y pro activa) para iluminar las acciones presentes con la luz de los futuros posibles y deseables”<sup>129</sup>. Ayudando a ver qué podría pasar, tanto en un extremo positivo y uno negativo, a una distancia de tiempo, con lo cual prever la necesidad de actuar en el presente para evitar un futuro no deseado.

La prospectiva materializa su trabajo a través de la construcción de escenarios. Un escenario es: “un retrato significativo y detallado de un plausible mundo futuro, suficientemente gráfico, en el que los planificadores pueden claramente ver y aprehender los problemas, desafíos y oportunidades que tales cosas y sus circunstancias pueden presentar. No es una predicción de un pronóstico específico por sí mismo; preferentemente, es una plausible descripción de ‘qué puede ocurrir’. Los escenarios describen eventos y tendencias y cómo ellas pueden evolucionar”<sup>130</sup>. Siendo el escenario la visión más detallada para construir el futuro de un objeto de estudio, pues permite ver sus características y sus tendencias, para entender su evolución.

El término “escenario” proviene del arte dramático. En el teatro, escenario se refiere al contorno de un espacio; en la cinematografía, escenario es un sumario o conjunto de directivas para la secuencia de la acción. Peter Schwartz del Global Business Network, un grupo de pensamiento en Emeryville, California, compara el proceso inicial de creación de un escenario con la redacción de un guión cinematográfico<sup>131</sup>. Los escenarios son “descripciones narrativas del futuro cuyo foco presta especial atención sobre los procesos causales y los puntos para la toma de decisiones”<sup>132</sup>.

---

<sup>128</sup> *Ibid*, p. 15.

<sup>129</sup> Godet, Michel, *Prospectiva Estratégica: problemas y métodos*, Segunda Edición, París, Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique, 2007, p. 9.

<sup>130</sup> The Futures Group, Baldi, Eduardo Raúl, Traductor, *Escenarios en Metodología de Investigación de Futuros*, Buenos Aires, Argentina, 2004, p. 405.

<sup>131</sup> The futures group, op cit, págs. 405-406.

<sup>132</sup> Op cit p. 405.

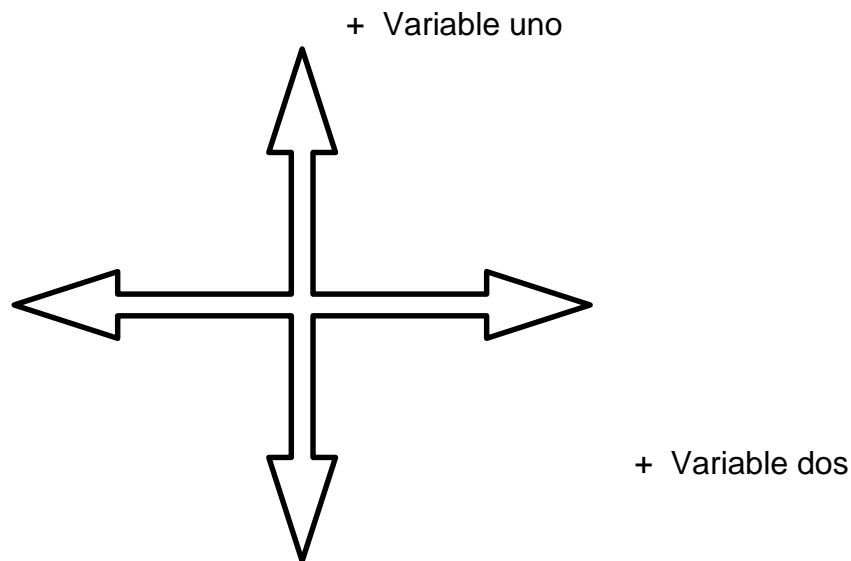
El futuro no puede ser explicado completa y exactamente, porque existe una amplia gama de factores y fuerzas que lo moldean. Por ello no es posible hablar de un solo escenario, sino de un grupo o conjunto de escenarios. Para que un escenario sea considerado como óptimo debe considerar aspectos como: plausibilidad, camino racional que conduce el acontecer de un hecho; consistencia interna; descripción de los procesos causales y la utilidad en la toma de decisiones.

Un escenario es “una herramienta de análisis político que describe un conjunto posible de condiciones de futuro. En general, el término escenario ha sido usado en dos diferentes sentidos: el primero, describir una foto instantánea en el tiempo o de condiciones de variables importantes en algún tiempo particular en el futuro; el segundo, describir una historia futura –esto es, la evolución desde las presentes condiciones a uno o varios futuros”. La idea de escenarios remite a la imagen de apoyo y colaboración en la visualización del futuro, tomando en cuenta las condiciones presentes para imaginar el desenlace de las mismas respecto a un proyecto, programa o hecho u objeto de estudio.

Siendo así que un escenario es un instrumento estratégico en la toma de decisiones, ayuda a planear y visualizar lo posible en el largo, mediano y corto plazo de tiempo, brindando expectativas positivas y negativas del acontecer de un objeto o hecho social, económico, político y administrativo. En el diseño de escenarios se emplea toda la información recopilada a lo largo de una investigación. Pero todos estos datos recopilados deben ser seleccionados, ordenados, jerarquizados y ponderados, para ser empleados.

La construcción de escenarios se auxilia de herramientas como el “análisis estructural” que Michael Godet pensó y nombro como: “Mic – Mac” y la cruz de Peter Schwartz. Hoy gracias a los avances tecnológicos podemos realizar el análisis estructural con el software “Mic – Mac”. El software recoge la esencia del método diseñado por Godet, ya que ayuda a estructurar ideas, realizar diagnósticos, definir el problema principal, jerarquizar variables y ofrecer elementos para generar estrategias, sólo que lo presenta de una forma visual y didáctica, facilitando el trabajo y potenciando el uso de información.

Otra herramienta que se usa es la cruz de escenarios de Peter Schwartz que es muy simple, debido a que reducen las alternativas de escenarios solamente a cuatro. Algunas veces se utiliza directamente, otras veces se emplea para obtener una visión panorámica de las visiones de futuro. Con esta herramienta se hace un cruce de datos en un plano cartesiano y se piensa que puede ocurrir bajo las circunstancias determinadas. Sólo se usan dos variables estratégicas y se colocan en cada eje de la cruz. Lo anterior se visualiza en la siguiente figura.



Para la redacción de los escenarios se consideran las siguientes preguntas: ¿Qué pasa? ¿Cuándo pasa? ¿Dónde pasa? ¿Quién o quiénes? ¿Por qué sucede? o ¿Por qué no sucede? ¿Cuáles son las consecuencias de que suceda? Y relación con variables Mic Mac. Así se construyeron tres escenarios para el Programa Envejecimiento Saludable del ISSSTE. El primero de ellos es el deseado o positivo, el segundo es el catastrófico o no deseado y el tercero es el tendencial. Para ello se emplearon los datos generados y recopilados en el análisis situacional y plasmados en la matriz FODA, se sistematizaron con ayuda del software “Mic Mac” y la cruz de Peter Schwartz.

## Escenario Deseable

El Programa Envejecimiento saludable del ISSSTE es reconocido como el modelo de atención médica líder en el área de gerontología. El reconocimiento es realizado por el titular de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y es recibido por el responsable del programa en el ISSSTE. Esto tuvo lugar en el congreso “Envejecimiento sano y activo” de 2018, organizado por Instituciones Internacionales y Nacionales interesadas en el tema de envejecimiento, realizado en la Ciudad de México.

El posicionamiento del programa como modelo idóneo de atención médica especializada para adultos mayores fue posible gracias a que mantuvo la visión integral con que opera, al reforzamiento del equipo multidisciplinario al aumentar el número de profesionales especializados en el campo de la gerontología y la geriatría, lo que permitió ampliar la capacidad de atención médica del instituto, de igual forma las acciones de medicina preventiva en la población derechohabiente en edades de 40 a 65 años, para evitar el sobre peso y la obesidad, dieron un empuje considerable a la efectividad del programa. Otro aspecto importante fue el inicio de talleres para preparar a los trabajadores de ese mismo rango de edad, para el retiro, haciendo hincapié en la importancia de envejecer saludablemente y su papel sociocultural dentro de la sociedad. Por lo cual se aumentó del 30 por ciento del presupuesto del programa, pieza clave para la ejecución de estrategias indispensables.

Provocando que el número de adultos mayores que padecen una enfermedad crónica degenerativa disminuyera en un 10% y la demanda de atención médica domiciliaria bajara, ya que los adultos mayores conservan una capacidad de movilidad e independencia para acudir a sus consultas de geriatría. Así mismo, la formación de cuidadores domiciliarios se mantuvo para continuar la preparación de los familiares que se hacen responsables del cuidado de enfermos en casa. El aumento de asistentes a los grupos de ayuda mutua, área clave para mantener una salud mental del adulto mayor, creció y se diversificó, al incorporar actividades de musicoterapia. De igual manera los grupos ofrecen la oportunidad de relacionarse y convivir, actividades fundamentales para envejecer sanamente.

La incorporación de un modelo de administración estratégica al programa, ayudó a vislumbrar cuáles eran los campos estratégicos a cuidar y mejorar dentro del programa, para aprovechar el aumento de recursos económicos. La adición de mecanismos de transparencia permitió el flujo de información clave para los adultos mayores, los familiares, los operadores del modelo de administración estratégica y el público externo, ayudando a aumentar su relevancia, notoriedad y legitimidad social, evitando el uso discrecional del presupuesto y mejorando la rendición de cuentas.

A raíz del reconocimiento, el programa ha tomado una relevancia internacional y se han iniciado pláticas con instituciones internacionales para el intercambio de experiencias, permitiéndole al programa continuar con un proceso de mejora continua; lo que se traduce como un incremento gradual de la efectividad de las acciones que el programa tiene establecidas, mejorando con ello la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a sus servicios.

El planteamiento del anterior escenario fue posible por el empleo del software “Mic-Mac”, en primer lugar se introdujeron las variables detectadas en el análisis situacional dentro del campo de Fortalezas y Oportunidades, generadas en el capítulo anterior. Lo que se puede ver en la siguiente imagen.

N°	Título largo	Título corto	Descripción	Tema
1	visión integral	Visión_int	El programa tiene una visión integral ...	
2	equipo multidisciplinario	Equip_mult	Cuenta con un equipo multidisciplinar...	
3	enfoque de telemedicina	E_tele_med	Tiene un esquema de atención médi...	
4	grupos de ayuda mutua	GdeAyu_Mut	Cuanta con grupos de ayuda mutua ...	
5	formación de cuidadores	Form_cuida	Contempla la formación de cuidadore...	
6	congresos sobre envejecimiento	CongresosE	Realización de congresos y seminari...	
7	incremento del presupuesto	Más_persup	Incremento del presupuesto asignad...	
8	Más instrumentos de transparencia	Más_transp	Incremento de instrumentos de trans...	
9	Aumento de Especialistas	Más_especi	Aumento de médicos y profesionales...	
10	Mejora en la atención medica domiciliaria.	MejorAMdom	Mejora en la atención medica domicil...	
11	Modelo de Admon. Estrategica	MdeAdm_Est	Adopción de un modelo de administr...	
12	Mas acciones de medicina preventiva	MásMedPrev	Fortalecimiento se acciones en medi...	
13	acciones para la asimilación del envejecimiento	Asimi_enve	Fomento de acciones para preparar la...	

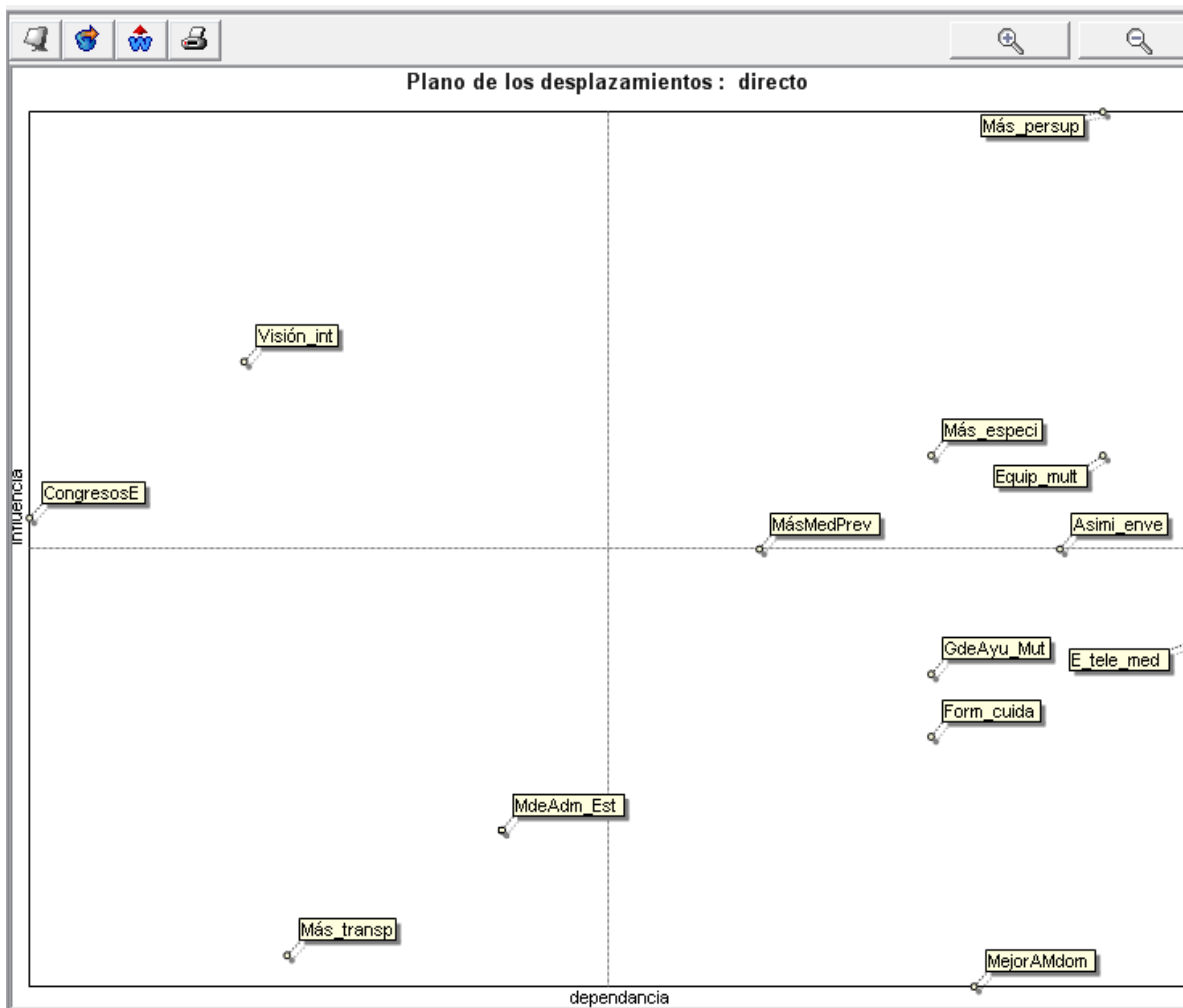
Después se asignó un valor de influencia a cada variable al hacer un cruce completo entre ellas. Lo cual se puede ver en la siguiente matriz.



		1 :	2 :	3 :	4 :	5 :	6 :	7 :	8 :	9 :	10	11	12	13
▶	1 : Visión_int	0	3	3	3	3	0	2	0	3	3	2	0	3
	2 : Equip_mult	0	0	3	3	2	0	2	0	3	3	0	3	3
	3 : E_tele_med	0	3	0	3	2	0	2	0	3	3	0	0	0
	4 : GdeAyu_Mut	0	2	3	0	2	0	2	0	1	1	0	1	3
	5 : Form_cuida	0	2	3	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2
	6 : CongresosE	2	1	1	1	1	0	1	0	2	2	3	3	3
	7 : Más_persup	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3
	8 : Más_transp	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0
	9 : Más_especi	0	3	3	3	3	0	3	0	0	3	0	2	2
	10 : MejorAMdom	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11 : MdeAdm_Est	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	2	2
	12 : MásMedPrev	0	3	2	2	2	0	3	0	2	2	0	0	3
	13 : Asimi_enve	0	3	3	3	3	0	2	0	2	0	0	3	0

Las influencias se puntúan de 0 a 3, con la posibilidad de señalar las influencias potenciales :  
0 : Sin influencia  
1 : Débil  
2 : Media  
3 : Fuerte  
P : Potencial

Tras hacer una serie de cálculos en el software, se generó un plano donde se indica el valor y papel que juega cada variable en un plazo medio de tiempo. Lo cual se puede ver en la siguiente imagen.



Cada cuadrante tiene un nombre y un significado. El cuadrante superior izquierdo se llama **zona de conflicto o zona estratégica**, aquí se encuentran las variables altamente influyentes y dependientes, es decir, todas las variables que están ahí son fácilmente gobernadas por los actores y al mismo tiempo son factores de inestabilidad, donde cualquier acción sobre ellas tiene consecuencias en el resto del sistema. Por lo cual son variables clave, estratégicas o conflictivas.

El cuadrante superior izquierdo se llama **zona de poder o zona de influencia**, aquí las variables son altamente influyentes y poco dependientes, es decir, causan un gran impacto en las demás, pero son difícilmente modificables. El cuadrante inferior izquierdo es la **zona autónoma**, aquí las variables son poco influyentes y dependientes, es decir estas variables aquí ubicadas no pueden evitar la evolución y cambios llevados a cabo por el sistema, ni pueden tomar ventaja sobre el mismo. El

ultimo cuadrante, el inferior derecho se llama **zona de salida o de dependencia**, aquí las variables son poco influyentes y altamente dependientes. Es decir, todas son sensibles o dependen de la evolución de las variables en el sistema.

Al tener graficadas las variables es fácil ver qué papel juegan y cuáles son las variables más estratégicas, deben emplear, atender o usar para mejorar. Con esta técnica de análisis se obtienen datos que posteriormente se usan para el diseño del escenario deseado.

### **Escenario Catastrófico**

El programa envejecimiento saludable será cancelado en el año 2018 por autoridades del ISSSTE, tras ver su nula capacidad para atender las demandas de atención médica especializada de los adultos mayores y los escándalos de corrupción a su alrededor. El bajo número de profesionales especializados en el área de geriatría y gerontología que integran al equipo multidisciplinario, ha sido insuficiente para atender la creciente demanda de consultas médicas que realiza la población mayor derechohabiente. Se generan tiempos de espera que rebasan las 8 horas y la calidad de la atención es escasa. La atención médica domiciliaria fue suspendida por falta de personal y el área de rehabilitación física ha sido saturada por el incremento de pacientes con alguna discapacidad para caminar y la prevalencia de fracturas por caídas.

La población mayor adscrita al ISSSTE llega a los dos millones y se calcula un crecimiento acelerado en los siguientes lustros. Tras una serie de escándalos por desvío de recursos, tráfico de influencias y uso discrecional de los recursos públicos, así como por un subejercicio fiscal, el presupuesto se redujo en un 10% cada año. Derivado de la falta de transparencia y la disminución de los recursos económicos, el programa no logró la instalación total de los módulos gerontológicos en las clínicas de primer nivel de atención médica, no se emprendieron nuevos proyectos en las áreas de medicina preventiva, para controlar el número de pacientes con obesidad y sobre peso, cuadro médico previo a las enfermedades crónico degenerativas. Tampoco se

realizaron talleres con los grupos de ayuda mutua para la preparación del trabajador para el retiro y el envejecimiento.

Se descuidó el área de terapia física al no equipar a los módulos gerontológicos con aparatos de rehabilitación física y el desarrollo de nuevas terapias, como la musicoterapia. La atención a pacientes con padecimientos mentales es nula. Todo esto acarrió el incremento desmedido de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la prevalencia de enfermedades mentales como el Alzheimer, mal de Parkinson y la demencia senil continuó y se acrecentó en un 5%. La amplia población mayor derecho-habiente del ISSSTE experimentó la agudización de sus padecimientos, desembocando en un mayor grado de fragilidad y dependencia, así como una mayor incidencia en casos de discriminación y exclusión por su condición.

Esto significa el fracaso rotundo del programa, cerrándose con ello, la puerta para los derecho-habientes a un envejecimiento sano, activo y digno; el incremento del gasto en atención médica de segundo y tercer nivel se multiplicó, significando para la institución un desequilibrio financiero debido a los altos costos de los tratamientos para enfermedades degenerativas. Aspecto que pondrá en peligro la solvencia de la institución, así como su viabilidad y pertinencia dentro del sistema nacional de salud.

El escenario anterior fue diseñado con los datos arrojados por el análisis estructural hecho mediante el software "Mic Mac". En primer lugar se introdujeron las variables detectadas en el análisis situacional dentro del campo de Debilidades y Amenazas, generadas en el capítulo anterior. Lo que se puede ver en la siguiente imagen.

N°	Título largo	Título corto	Descripción	Tema
1	Equipo multidisciplinario reduci...	Emult_redu		
2	población derechohabiente m...	Po_May_Ext	La población derechohabiente...	
3	no cobertura total de los modul...	NocoberTMG	No hay una cobertura total de ...	
4	Escasez de aparatos de rehab...	EscasezARF	Sólo 117 módulos cuentan co...	
5	No medicina preventiva	No_med_pre	No hay acciones de medicina ...	
6	Se omite a la musicoterapia	No_musicot	Se omite a la musicoterapia	
7	Baja atención médica domicilia...	BajaAtenMD	Poca atención médica domicili...	
8	No preparación para el enveje...	NoPrepaEnv	No se prepara para asimilar el r...	
9	El programa no tiene mecanis...	No_Transpa	El programa no tiene mecanis...	
10	No hay atención para enferme...	NoAtenEnfM	No hay un área de atención p...	
11	crecimiento de la población m...	CrecPmayor	crecimiento de la población m...	
12	reducción del presupuesto	ReducPresu	Reducción del presupuesto pa...	
13	opacidad y corrupción	OpayCorrup	Opacidad y corrupción en el m...	
14	Incremento de pacientes con ...	Incre_ECro	Incremento de pacientes con ...	
15	Prevalencia de enfermedades ...	MásEnfMent	Prevalencia de enfermedades ...	
16	Adultos mayores frágiles, depen...	Adul_M_FyD	Adultos mayores discriminados...	

Double-cliquez sur un élément pour l'éditer

Posteriormente se asignó un valor de influencia a cada variable al hacer un cruce completo entre ellas. Lo cual se puede ver en la siguiente matriz.

		1 :	2 :	3 :	4 :	5 :	6 :	7 :	8 :	9 :	10 :	11 :	12 :	13 :	14 :	15 :	16 :
►	1 : Emult_redu	0	3	0	0	0	2	3	3	0	3	0	0	0	3	3	3
	2 : Po_May_Ext	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	2	2
	3 : NocoberTMG	0	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	3	3	3
	4 : EscasezARF	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	5 : No_med_pre	3	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	6 : No_musicot	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	7 : BajaAtenMD	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	8 : NoPrepaEnv	2	3	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	3	3	3
	9 : No_Transpa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0
	10 : NoAtenEnfM	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	11 : CrecPmayor	3	3	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	12 : ReducPresu	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3
	13 : OpayCorrup	2	0	2	2	1	1	1	1	3	1	0	3	0	1	1	1
	14 : Incre_ECro	2	3	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	2	3
	15 : MásEnfMent	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	3
	16 : Adul_M_FyD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tras hacer una serie de cálculos en el software, se generó un plano donde se indica el valor y papel que juega cada variable en un plazo medio de tiempo. Lo cual se puede ver en la siguiente imagen.



Gracias a la estructuración de las variables se obtuvo una visión más amplia, clara y futurista de los aspectos importantes e influyentes, información que fue indispensable para la construcción del escenario que muestra el futuro negativo y nada deseable para el programa, lo cual se usará más adelante para el diseño de una posible propuesta de solución.

## Escenario Tendencial

El programa envejecimiento saludable atraviesa por la gradual saturación de sus servicios médicos, para el año 2018 continua con una insuficiencia de recursos humanos, tecnológicos, administrativos, financieros y de infraestructura para atender a la gran población de adultos mayores adscritos a la institución. Las acciones implementadas por los funcionarios responsables del programa tienen un bajo impacto en el funcionamiento y operación del mismo.

La población mayor crece a una velocidad mayor que las acciones del programa. Para el año 2018 la población mayor de 65 años será de dos millones, el equipo multidisciplinario se incrementa en un 10 % para alcanzar los 750 profesionales del área gerontológica y geriátrica. Se emprendieron pocas campañas de salud preventiva para controlar los casos de obesidad y sobre peso, aspectos que propician el desarrollo de enfermedades crónicas. La formación de cuidadores familiares no creció, provocando la presencia de adultos mayores enfermos sin cuidados especiales y personales.

El presupuesto se incrementó en un 10 %, siendo insuficiente para atender a una población compleja y amplia. De igual manera el bajo presupuesto limita la posibilidad de emprender nuevas acciones para mejorar el rendimiento del programa. Uno de ellas es la diversificación de las terapias, se ha omitido la incorporación de la musicoterapia, aspecto de gran influencia en el control del deterioro cognitivo del adulto mayor. No fue posible desarrollar la incorporación de mecanismos de transparencia, los cuales ayudaría a un flujo mayor de información para el derechohabiente, su familia, los tomadores de decisiones y la evaluación de su desempeño. Con lo que también se abatirían actos de corrupción, desvío de fondos, tráfico de influencias y el uso discrecional del programa. Logrando una rendición de cuentas interna y externa que ayude a legitimar la operación del programa.

El aumento de pacientes con enfermedades crónicas genera un mayor gasto para la institución, en la atención médica de subsecuentes niveles, reduciendo también la calidad de vida del adulto mayor. Los servicios de atención médica domiciliaria tienen una sobre demanda y son insuficientes para atender a la amplia población, su calidad es baja y genera una serie de insatisfacciones en el derechohabiente. Los grupos de ayuda mutua son escasos y con temáticas repetitivas, su efectividad y grado de impacto son bajos, así como nulos para abatir problemas de discriminación, exclusión y depresión.

La prevalencia e enfermedades mentales crece y la atención de las mismas es nula. Los pacientes de Alzheimer, mal de Parkinson y demencia senil son desatendidos y olvidados. Provocando que la visión integral del programa quede sin efectos positivos sobre la población mayor. La posibilidad de poder garantizar a los adultos mayores el acceso a una vejez con salud, es baja, significando que el derechohabiente se enfrente al cierre del ciclo de vida con afecciones médicas que lo limitan, lo hacen frágil y dependiente de un cuidador.

De continuar con el descuido de las áreas estratégicas, por la omisión de un modelo de administración estratégica, que ayude a vislumbrar en el tiempo los retos y las acciones para abatirlos, el programa perderá su papel como instrumento de atención médica especializada; por el desbordamiento de la capacidad de respuesta que el programa puede tener con los adultos mayores del instituto. Perdiendo con ello su legitimidad, razón de ser y pertinencia, así como notoriedad, relevancia y grado de importancia dentro de los modelos de atención médica gerontológica y geriátrica en las instituciones de salud en México.



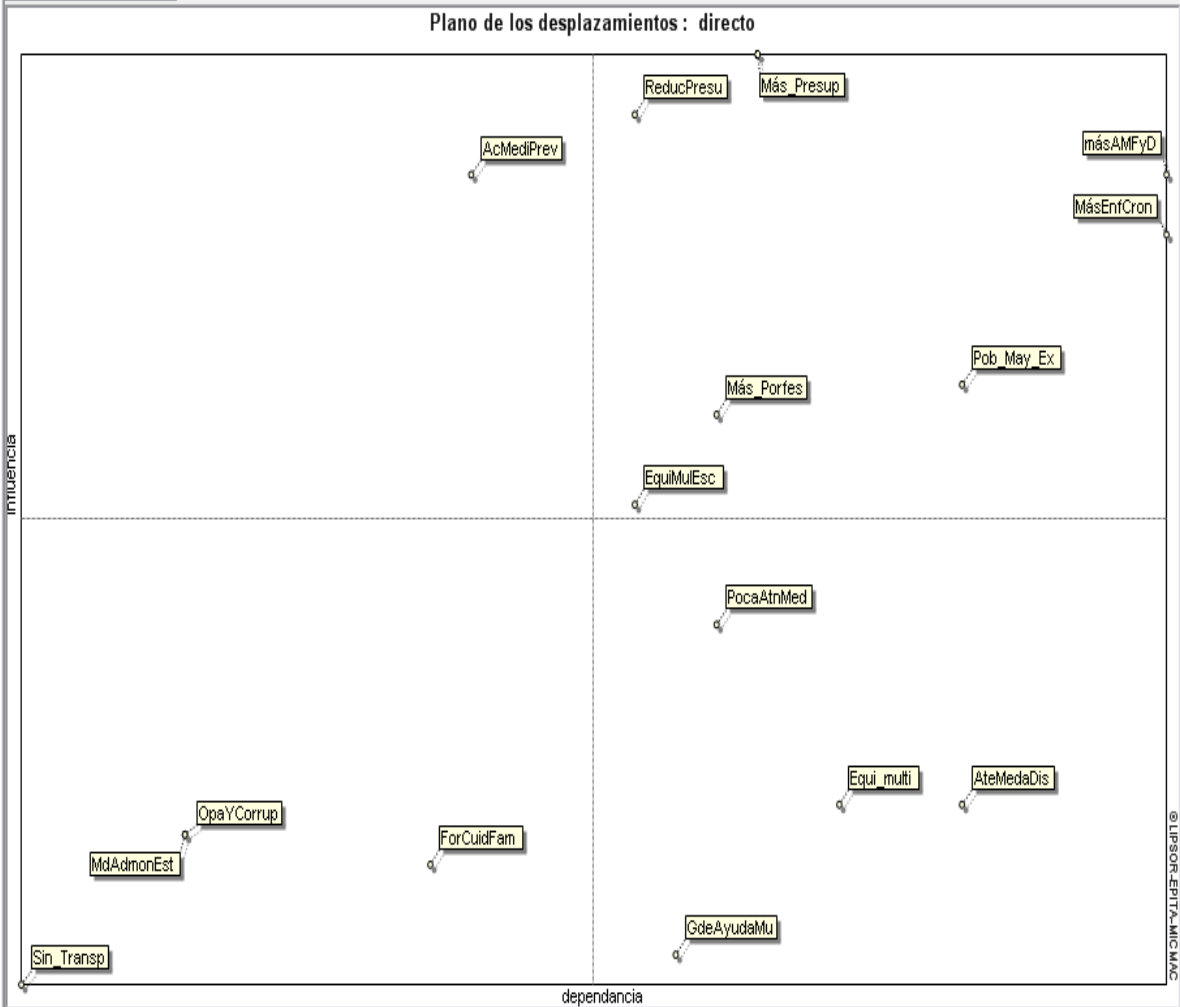
Este escenario fue diseñado con los datos arrojados por el análisis estructural hecho mediante el software “Mic Mac”. Se introdujeron las variables detectadas en el análisis situacional dentro del campo de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, generadas en el capítulo anterior. Lo que se puede ver en la siguiente imagen.

N°	Título largo	Título corto	Descripción	Tema
1	Equipo multidisciplinario	Equi_multi	Cuenta con un equipo multidis...	
2	Atención medica a distancia	AteMedaDis	Tiene un esquema de atenció...	
3	Grupos de ayuda mutua	GdeAyudaMu	Cuanta con grupos de ayuda ...	
4	formación de cuidadores	ForCuidFam	Contempla la formación de cui...	
5	equipo multidisciplinario escaso	EquiMulEsc		
6	Población mayor extensa	Pob_May_Ex		
7	no tiene mecanismos de transparencia	Sin_Transp		
8	poca atención medica	PocaAtnMed		
9	Incremento de presupuesto	Más_Presup	Incremento del presupuesto as...	
10	Aumento de profesionales	Más_Porfes	Aumento de médicos y profes...	
11	Modelo de admn. estrategica	MdAdmonEst	Adopción	
12	Fortalecimiento de acciones en medicina preventiva	AcMediPrev	Fortalecimiento de acciones e...	
13	Reducción del presupuesto	ReducPresu	Reducción del presupuesto pa...	
14	Opacidad y corrupción	OpaYCorrup	Opacidad y corrupción en el m...	
15	Incremento de enfermos cronicos	MásEnfCron	Incremento de pacientes con ...	
16	Más AM frágiles y discapacitados	másAMFvD	Adultos mayores discriminados...	

Después se asignó un valor de influencia a cada variable al hacer un cruce completo entre ellas. Lo cual se puede ver en la siguiente matriz.

	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
▶	1 : Equi_multi	0	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	3	3
	2 : AteMedaDi	2	0	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	0	0	3	3
	3 : GdeAyuda	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	4 : ForCuidFa	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	3	3
	5 : EquiMulEs	3	3	1	0	0	3	0	3	2	3	0	1	0	0	3	3
	6 : Pob_May_	3	3	3	3	3	0	0	2	0	3	0	3	0	0	3	3
	7 : Sin_Transp	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0
	8 : PocaAtnMe	0	3	1	0	2	3	0	0	1	2	0	0	3	0	3	3
	9 : Más_Presu	3	3	3	3	3	3	0	3	0	3	3	3	3	3	2	2
	10 : Más_Porf	3	2	2	0	3	3	0	3	3	0	0	1	2	0	3	3
	11 : MdAdmon	0	0	0	0	0	2	3	0	3	0	0	0	3	3	0	0
	12 : AcMediPr	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	0	3	0	3	3
	13 : ReducPre	3	3	3	3	3	0	2	3	0	3	3	3	0	3	3	3
	14 : OpaYCorr	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3	0	3	0	1	1
	15 : MásEnfCr	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	1	3	0	0	3
	16 : másAMFv	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	3	3	0	3	0

Tras hacer una serie de cálculos en el software, se generó un plano donde se indica el valor y papel que juega cada variable en un plazo medio de tiempo. Lo cual se puede ver en la siguiente imagen.



La prospectiva y construcción de escenarios son una herramienta indispensable para la administración pública, ayudan a ver en el largo, mediano y corto plazo de tiempo, las posibilidades lógicas, racionales y fundamentadas de lo que podría suceder, en un plano positivo, negativo y tendencial. En el caso específico del programa envejecimiento saludable, estas herramientas permiten observar que la omisión, atención oportuna o las pocas acciones que hoy se emprenden, repercuten de forma drástica en el futuro del programa. Si bien el futuro no es predecible, si es posible imaginar lo que deseamos que suceda y lo que para nada se desea que pase.

## **Capítulo 4. Propuestas para Mejorar el Programa**

### **“Envejecimiento Saludable”**

El presente capítulo abre la ventana a un posible modelo y propuesta que plantea una serie de acciones que ayudarán a mejorar al programa envejecimiento saludable, con la finalidad de maximizar sus beneficios para la población adulto mayor derechohabiente del instituto. Estas acciones giran alrededor del envejecimiento sano, activo y positivo, con la participación de la administración pública, por ser el instrumento que facilita la gestión y el acceso a los recursos indispensables, para el funcionamiento de los programas del instituto.

El primer punto a abordar es la incorporación al programa de un modelo de administración estratégica, para facilitar su acción en un ambiente tan complejo, dinámico y cambiante, como lo es la atención médica geriátrica y gerontológica. Un segundo aspecto que se esboza es la incorporación de mecanismos de transparencia, para ayudar al flujo dinámico de información, factor clave en la operación del modelo estratégico, así como la rendición de cuentas pronta y expedita. Un tercer aspecto es el gradual aumento de elementos profesionales especializados, al programa, destacando la necesidad y oportunidad de reactivar a los jubilados del área de atención médica, así como la incorporación de egresados de las áreas de la salud, jóvenes e interesados en la atención gerontológica.

Posteriormente se plantea la idea de terapia ocupacional, donde se vislumbra la construcción de cadenas productivas de adultos mayores, para desarrollar productos con valor agregado que puedan ser comercializados por las tiendas de autoservicio del instituto o bien la generación de oportunidades laborales para la reinserción de los jubilados en áreas donde se emplee su potencial, cúmulo de experiencias y habilidades. Aspecto fundamental para brindar la oportunidad de evitar cuadros depresivos por la ausencia de una actividad que emplee a la persona, la haga sentir útil y productiva.

Después se aborda la idea de promover intensamente acciones de medicina preventiva en la población de 40 años en adelante. Enseguida se plantea el inicio de

acciones como talleres y pláticas que ayuden a los futuros adultos mayores a prepararse para la jubilación y el retiro. Y por último, pero no por ello menos importante, la ampliación y diversificación de la oferta de servicios terapéuticos, incrementando la disponibilidad de aparatos de rehabilitación física, así como la integración de la musicoterapia, aspectos que ayudarán a potenciar la acción del programa.

Con lo anterior se busca una mejora considerable del programa y las condiciones de vida de los mayores, para evitar consecuencias negativas, como las expuestas en el escenario catastrófico del capítulo anterior, por la omisión de acciones estratégicas y oportunas, que podrían ayudar en un futuro a mejorar su desempeño y así maximizar sus beneficios. Todos los adultos mayores tienen derecho a envejecer sana, activa y positivamente. Lo cual ayudará al programa a reducir en unos años el número de adultos mayores frágiles y dependientes, que significan un costo mayor para la institución, la familia y la sociedad.

#### ***4.1 Un Modelo de Administración Estratégica***

Sumar al programa envejecimiento saludable un modelo de administración estratégica ayudaría a facilitar su acción en un ambiente tan complejo, dinámico y cambiante, como el de la atención médica geriátrica y gerontológica para la población mayor; anticipando los cambios futuros que se presentarán, mediante herramientas para el diseño de planes y proyectos estratégicos.

Debido a la esencia de la administración estratégica, poseer conciencia de los cambios que día a día se presentan; tanto al interior como al exterior de los proyectos u organizaciones, es posible establecer planes cuantificables y alcanzables, enunciando actividades específicas y conociendo las necesidades de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos para cumplir con las metas y objetivos diseñados. Con ello se obtiene un trabajo sólido, basado en lineamientos claros a seguir en la realización de las acciones estratégicas.

El modelo de administración estratégica permitirá comprender el ambiente que se espera, es decir, la serie de factores ajenos e internos, positivos o negativos, que lo rodean, siendo circunstancias a las que se deberá responder. Con esa información podrá replantearse si sus objetivos están siendo cumplidos o si son adecuados al contexto, de no ser así, podrá fijar nuevos objetivos y metas, para guiar sus actividades. Después de esto los responsables del programa tienen la tarea de realizar un diagnóstico situacional (F.O.D.A) objetivo y veraz, para determinar su estatus en el ambiente y su cantidad de recursos, con esta información generada se podrá diseñar y emprender estrategias para reforzar su desempeño, es decir elaborar nuevos planes de trabajo.

La administración estratégica es un proceso cíclico que ayuda a renovar, adecuar e innovar en los programas y proyectos. Al programa envejecimiento saludable le permitirá adecuarse constantemente a las altas exigencias que conlleva el proceso de envejecimiento, su desempeño mejorará y racionalizará con mayor precisión, los recursos que requiere, ayudando a canalizarlos a las áreas estratégicas e indispensables de atender.

Al incluir en el programa esta herramienta administrativa, se presentan diversas ventajas para su labor. En primer lugar se desarrollará una conciencia del grado de complejidad generado por el envejecimiento para emprender acciones que atiendan a la población mayor, después se crea un ambiente de reflexión sobre la visión, misión, objetivos y metas, dando pie, posiblemente, a su rediseño; una ventaja más, es que los responsables podrán ver las áreas prioritarias a atender, gracias a la información generada con la realización de un análisis situacional, así una vez identificadas, se podrá pasar al diseño de estrategias, planes y acciones para mejorar y maximizar su operación.

La administración estratégica le ofrece al programa desarrollar una visión clara, firme y racional, así como también le permitirá ver a futuro, conociendo su presente y previendo su mañana. Sumar esta perspectiva, favorece a los procesos administrativos, los optimiza y prepara para atender los cambios externos e internos que están por llegar. El futuro aumento de la población mayor significa un innegable

desafío para la institución, pero una enorme responsabilidad para el programa, por ser el instrumento idóneo para ofrecer el acceso a una vejez sana, activa, positiva y digna.

## ***4.2 La Transparencia un Elemento Vital***

La transparencia es un elemento que ayuda al modelo de administración estratégica y a la mejora del programa en el ámbito de rendición de cuentas, acrecentando su legitimidad y aceptación en la población derechohabiente. Pero al hablar de transparencia se debe tener presente una idea clave: “es un elemento del sistema de rendición de cuentas y no es el sistema en sí mismo”<sup>133</sup>. Hay aspectos que complementan al sistema de rendición de cuentas como la responsabilidad, la responsabilidad política, el control y la fiscalización. En diversas ocasiones estos conceptos son confundidos, y existe un uso indiferente de ellos. Pero es importante tener presente la existencia de aspectos que los hacen diferentes, así como marcan una relación.

El término de transparencia no tiene una definición única por su carácter de nuevo, pero se puede hablar de la definición que la Real Lengua Española da, en su vigésima segunda edición, del término: “cualidad de transparente”<sup>134</sup> esta idea *transparente* puede ser entendida al remitir su composición etimológica, viene del latín y está formada por el prefijo *trans* que significa “de un lado a otro” y la raíz del verbo *parere*, que quiere decir “aparecer, comparecer” y en algunos contextos “obedecer” o “estar al servicio de”, remitiendo a la idea: dejar ver claramente o lo que deja aparecer cualquier cosa de un lado a otro<sup>135</sup>.

Siendo así que la definición etimológica de transparencia ayuda vislumbrar aspectos fundamentales como: ver, claridad, a través y estar al servicio. Por lo cual en la idea primigenia de transparencia se puede relacionar con ayudar a ver claramente una

---

<sup>133</sup> Delucio Mejía, Gloria Patricia, *El Instituto Federal de Acceso a la Información Pública y la cultura de la transparencia en México (2003-2006)*, Tesis de Licenciatura UNAM, 2007, p. 28

<sup>134</sup> Consultado en [<http://lema.rae.es/drae/?val=trasnparencia>] el 15 de Noviembre de 2013.

<sup>135</sup> *Diccionario etimológico*, Chile, disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?transparente>. Consultado el 4 de septiembre de 2013.

cuestión. Con lo cual podemos entender definiciones que dan autores sobresalientes en la materia, formando un criterio amplio que facilite su distinción, comprensión y relación con el sistema complejo de rendición de cuentas.

Para Daniel Kaufamn la transparencia es el aumento en el flujo de información accesible, oportuna, relevante, de calidad y confiable en los ámbitos social, económico y político...<sup>136</sup>. En esta concepción salta un elemento importante, la información, unidad básica de la transparencia, al ser relevante y ofrecerse con oportunidad y claridad, genera confianza en las actividades que las organizaciones públicas ejecutan o emprenden. Juan Pablo Guerrero indica que el concepto de transparencia: “no puede abordarse como un fin en sí mismo (ya que) es un medio más de la relación entre el Estado y la sociedad, para que el Estado actué mejor en beneficio de la sociedad, en última instancia, lo que busca es el bienestar de la sociedad”<sup>137</sup>. Entendiendo con ello al concepto como un medio y no un fin, es una herramienta que ayuda y permite el bienestar de la sociedad, así mismo fomenta la sana relación entre gobierno y ciudadano.

Bajo este tenor Néstor Baragli menciona la existencia de “dos tipos de transparencia, la pasiva, que se refiere al poder de acceder a la información y la activa, que es el deber de quien coloca la información o de quien lidera una organización proactiva, comunicando y explicando todos los aspectos relevantes de su gestión”<sup>138</sup>. Con estos dos aspectos se configura un plano donde hay una relación intrínseca entre ciudadanos y gobernantes, así como una relación entre acceso a la información y publicación de la información.

Para que funcione, es necesario que la información sea clara, oportuna, comprensible y confiable, con lo cual se logra dotar a los ciudadanos de elementos para aprovechar mejor los servicios de las organizaciones y exigir en su caso una mejora o explicación de las razones que motivaron a la realización de una actividad. Obteniendo una

---

<sup>136</sup> Guerrero, Eduardo y Merino, Mauricio, “Libros, autores e ideas para abrir una discusión”, en *Transparencia: libros, autores e ideas*, México, IFAI-CIDE, 2005, p. 31.

<sup>137</sup> *Ibíd*, p.52.

<sup>138</sup> Baragli, Nestor, “Políticas públicas de transparencia, en derecho comparado de la información”, Vol. 1, num. 5 enero-junio, 2005, consultado en Delucio Mejia, Gloria Patricia, *op cit*, p. 29

ciudadanía que exige y participa, elemento fundamental para el sano trabajo de todo gobierno moderno y democrático.

Mauricio Merino menciona un aspecto importante a cuidar en la ejecución de acciones de transparencia, y es que “el flujo de información sea tan abundante que no se tenga un control sobre ella y se pierdan los datos relevantes entre los menos relevantes”<sup>139</sup>. Es decir se debe cuidar la cantidad, tipo y volumen de información que se deja al alcance de los ciudadanos, cuidando el suministro de información poco relevante o nada estratégica que le ayude al ciudadano a aprovechar las acciones de las instituciones.

El programa puede adicionar gradualmente, mecanismos de transparencia, que permitan acceder a la información y a su vez faciliten la publicación de la misma. Primeramente se puede sumar a su sitio de internet un espacio donde se publique la información clave que ayude al derechohabiente mayor a conocer la existencia del programa así como lo que ofrece. Lo anterior puede ser reforzado con una intensa campaña visual, para extender su difusión más allá de las fronteras de internet. El contenido fundamental que puede ser abordado son: los procesos que debe realizar el derechohabiente para acceder a la atención especializada en su clínica de medicina familiar, las instancias a las que puede recurrir para ser atendido con mayor agudeza, y los servicios que el programa le brinda.

Los datos publicados, son el primer paso para construir una población mayor informada y consciente de las acciones que el instituto ha emprendido para su atención. Posteriormente se publicaría la información más relevante acerca de su operación, como datos financieros respecto del presupuesto asignado, el número de módulos gerontológicos instalados y equipados, así como el número de adultos mayores atendidos por el programa. El flujo de esta información ayudará al modelo de administración estratégica, que conjuntará los datos y los procesará para realizar los análisis situacionales pertinentes y evaluar las estrategias emprendidas y por emprender.

---

<sup>139</sup> Merino, Mauricio, *op cit*, p. 30.



Al sumar estos mecanismos de transparencia, se estará caminando con firmeza hacia una rendición de cuentas, idea que proviene del término anglosajón *accountability* que según José Antonio Crespo refiere a “la obligación de reportar, explicar o justificar algo; ser responsables; ser sujeto y responsable para dar cuentas y responder a preguntas”<sup>140</sup>. Concepto que empata con la visión de Delmer Dunn al comprenderla como: “la obligación de todos los servidores públicos de dar cuentas, explicar y justificar sus actos al público...”<sup>141</sup>. Ambas concepciones señalan la importancia que tiene informar, responder y explicar o justificar sus acciones a la población, acción propia de un gobierno democrático, moderno y preocupado por dar la cara a sus ciudadanos.

Transparentar la información clave que el programa produce para rendir cuentas a los derecho habientes mayores del instituto, es una estrategia que rejuvenece la legitimidad del programa, ya que si bien es aceptado por ser un instrumento de atención médica especializada, su legitimidad radica en el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, así como al grado de apego a la legalidad en su operación. La incorporación de estos mecanismos ayuda a reducir la posibilidad de presenten actos de corrupción, desvío de fondos y actos de discrecionalidad, debido a la presencia de opacidad, factor que en toda institución resta la credibilidad de sus actos y rendimiento de cuentas en torno a sus acciones.

Evitar estos hechos que laceran la integridad del instituto, ponen en duda la ética de los servidores públicos y afectan el rendimiento del programa, representando un asunto que no es menor, dado que le resta recursos, credibilidad y capacidad de operación, disminuyendo su cobertura y la posibilidad de los adultos mayores de acceder a una vejez sana y digna; en virtud de lo cual un modelo de administración estratégica y su aplicación ayudan a posicionar al programa en un estatus superior de legalidad, legitimidad y proximidad con el paciente. De igual manera permite salir de la secrecía con que podría ser operado el programa.

---

<sup>140</sup> Crespo, José Antonio, *Fundamentos políticos de la rendición de cuentas*, México, Auditoría Superior de la Federación, 2000, p.2.

<sup>141</sup> Delmer, D. Dunn, “Mixing Elected and Nonelected officials in Democratic Policy Making: Fundamentals of Accountability and Responsibility” en Ugalde, Luis Carlos, *Rendición de cuentas y democracia. El caso de México*, México, IFE, 2002, p. 10. Consultado en Delucio Mejía, Gloria Patricia, *op cit*, p. 25.

### ***4.3 Más profesionales especializados***

Es necesario aumentar gradualmente el número de profesionales especializados en el área de medicina geriátrica y gerontológica, con respecto a la población adulto mayor, que hoy rebasa el 1.6 millones de derechohabientes y tiene el potencial para duplicar su tamaño en décadas futuras. Al incorporar un mayor número de profesionales, se abre la oportunidad de ampliar la capacidad de atención médica, satisfaciendo la demanda presente. El aumento de profesionales especializados se plantea en dos sentidos, el primero, de medicina correctiva y el segundo de medicina preventiva, ambos deben mantener una óptica de atención integral para el adulto mayor.

Si bien la geriatría es una rama de la medicina que se encarga de atender correctivamente los padecimientos del adulto mayor, la perspectiva de la gerontología no debe perder protagonismo, en el sentido de ser la rama científica encargada de comprender el envejecimiento para prevenir males y patologías posiblemente desarrollables en la última etapa de la vida. Por el lado de la geriatría cobra relevancia el aumento de médicos y enfermeras para atender las demandas crecientes de la población mayor.

Es más estratégico atender a los adultos mayores con una perspectiva gerontológica. Tiene aquí una relevancia mayor el papel del médico y enfermera gerontólogos. La estrategia es pasar de 185 médicos y 185 enfermeras de esta área, a un número gradualmente mayor, en años futuros, lo cuál ayudará a potenciar una atención holística. Para ello es necesario empezar desde ahora la formación de esos recursos humanos.

Dos áreas que no deben ser descuidadas en el aumento de profesionales son: la atención funcional y la atención multidisciplinaria. En la primera, se requiere ampliar el número de personal capacitado para terapia física, encargados de operar los aparatos de rehabilitación, así como suministrar las terapias propias para cada adulto mayor. Es importante mencionar que este aumento de personal debe ser acompañado de un incremento de aparatos, instrumentos necesarios para la terapia de rehabilitación. Aquí es estratégico invertir en la adquisición de equipo de

vanguardia, poniendo al programa a la par de la revolución tecnológica presente en el mundo.

Es fundamental la diversificación del tipo de terapias que se ofrecen, destacando la relevancia de nuevos enfoques, como el de la musicoterapia, terapia que ayuda a disminuir las patologías mentales como el Alzheimer y demencia senil, rubro que será tratado con mayor detalle más adelante. Lo mismo, el referente a la terapia ocupacional para hacer sentir y vivir al adulto mayor su potencialidad productiva.

Dentro de la segunda área, atención multidisciplinaria, destaca la necesidad de incrementar el número de trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos y dentistas, especializados en el área de envejecimiento. Estas áreas de la atención médica son clave para construir un envejecimiento sano, disminuyendo la posibilidad de padecer patologías medicas mayores. Tener un número más amplio de trabajadores sociales ayuda al monitoreo de los mayores, por medio de visitas domiciliarias y estudios específicos del espacio socioeconómico en que se desenvuelven, descubriendo las condiciones sociales que los acompañan, elemento de vital relevancia, por ser un determinante de la salud psicosocial del adulto mayor. De igual manera sumar más psicólogos al programa ayuda a ampliar el potencial de la atención psicológica para los mayores. Dado que una patología mental, como la depresión, puede ser atendida oportunamente con ayuda de expertos en el tema.

Se requiere prestar mayor atención a la dieta que sigue el adulto mayor, aspecto base en la salud nutricional. Muchas de las patologías que se presentan en la etapa de envejecimiento son causadas por descuidos en la dieta. Aquí se podrían emprender acuerdos estratégicos de colaboración entre programa envejecimiento saludable y la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, para generar nutriólogos con orientación gerontológica y conciencia acerca de la necesidad de mejorar la salud nutricional del adulto mayor, a través del establecimiento de dietas y evaluaciones nutricionales específicas.

Otra área que requiere una atención urgente es la odontología. El descuido en la salud bucal se presenta a lo largo de las diferentes etapas de la vida, pero cobra un

mayor costo en la fase de envejecimiento. Las patologías que aquí se presentan son diversas y van desde lo más tratable a lo crónico y perjudicial para la salud del mayor. La atención odontológica es necesaria y estratégica, si los adultos mayores disfrutan de salud bucal, se les ofrece la posibilidad de mantener una alimentación acorde a su edad, evitando la omisión de ciertos alimentos por la falta de medios para procesarlos para que después el organismo haga lo propio al digerirlos y absorberlos.

Es necesario tener presente que el incremento de profesionales especializados debe ser en áreas estratégicas para obtener un envejecimiento sano. Sus acciones ayudan a los derechohabientes mayores a no caer en cuadros médicos desfavorables y limitantes de su autonomía y movilidad, generando fragilidad y dependencia.

Desde la perspectiva de la administración estratégica salta la incorporación de prestadores de servicio social y prácticas profesionales en el ramo médico, en las actividades del programa envejecimiento saludable, con la finalidad de disminuir la distancia de conocimientos del profesional con el adulto mayor. Así como mitigar el rechazo de atender a esta población, por prejuicios y falta de conciencia sobre los padecimientos reales que viven los mayores.

Para incentivar la formación de profesionales con una orientación en gerontología, es necesario abrir espacios para prestadores de servicio social y prácticas profesionales en las actividades del programa, ofreciéndoles becas o estímulos económicos, así como el desarrollo de habilidades, conocimientos y la oportunidad de prepararse en un área médica con un gran presente y mejor futuro. También espacios de crecimiento profesional, trabajo armónico, ético, y de gran calidad.

Acercar a los prestadores de servicio social y prácticas profesionales con el adulto mayor desde temprano, ayudará a una formación más completa del profesional y a reducir los prejuicios, que generan rechazo en la atención de los mayores, aspecto muy recurrente en los jóvenes, así como a eliminar una falsa conciencia sobre el envejecimiento humano, que se genera por la falta de información y contacto real con las patologías propias de esta etapa de la vida.

#### ***4.4 Una Terapia Ocupacional***

La terapia basada en la ocupación es una propuesta que camina sobre la idea de generar oportunidades laborales para los derechohabientes mayores de 65 años del ISSSTE jubilados o retirados. Debido a que dentro de las patologías más comunes del envejecimiento está la depresión, enfermedad mental que es detonada por la ausencia de un estado de felicidad o satisfacción. La falta de una actividad ocupacional genera paulatinamente un estado mental de frustración, infelicidad, ociosidad negativa y tristeza. Aunado a un sentido de inutilidad derivado de la pérdida de una vida productiva que haga sentir ocupado y motivado al adulto mayor para, continuar con su vida.

Desde la perspectiva de la administración estratégica atender esta situación es posible mediante una terapia ocupacional, para los mayores del instituto, tanto a los jubilados del área médica como a los del área administrativa y procedimental. Se puede dar atención a los primeros mediante un proceso de reactivación profesional de los médicos enfermeras, terapeutas, radiólogos, psicólogos, nutriólogos, odontólogos y demás profesionales pensionados y jubilados del instituto que aún tienen una vitalidad y disposición de trabajar para procurar la salud en sus semejantes.

Lo anterior se debe al gran potencial que significa aprovechar a los profesionales que cuentan con una extensa experiencia y evidencias empíricas, gracias a un conocimiento del propio proceso de envejecimiento, factores que ayudan a acrecentar más rápidamente la disponibilidad de profesionales para atender a la población mayor, ofreciendo al mismo tiempo, la oportunidad de reinsertarse al campo laboral, provocando en ellos un sentimiento de utilidad y potencialidad productiva.

El hecho de sentirse útil y con capacidad de respuesta que muchos jóvenes no tienen, hace que el adulto mayor retirado recupere la confianza, ayudando a mejorar su autoestima, impactando en su salud mental. Adquiriendo así un nuevo sentido de la vida, realizando con motivación, pasión y convicción su trabajo. Estos elementos son indispensables para tener un personal productivo, con ganas de trabajar de forma profesional y constante. Si un trabajador no se encuentra motivado realiza su trabajo

con baja calidad e interés. Cae en actitudes egoístas, individualistas y sectarias. Lo que desemboca en procesos obstaculizados por labores lentas, significando un servicio de baja calidad.

Con ello se atenderían dos problemas: la ausencia de profesionales especializados y la gran cantidad de profesionales médicos jubilados que no tienen una actividad en la cual desempeñarse; convirtiéndolos en fortalezas al reinsertarlos en el campo ocupacional, que por un largo tiempo han desempeñado y generando lazos de atención a adultos mayores por adultos mayores. Es decir, el profesional jubilado que conoce el proceso de envejecimiento y aún tiene vitalidad para trabajar, con adultos mayores demandantes de atención médica. Para esto hace falta capacitarlos en la rama médica de la gerontología, si bien ya cuentan con conocimientos médicos generales, hay que adentrarlos en el área de atención especializada.

Para concretar lo anterior se necesita emprender acciones estratégicas involucrando otras áreas del instituto, para obtener recursos administrativos, tanto financieros como logísticos. En primer lugar se necesita un fondo económico para pagar su reactivación laboral, ingresos que complementarían la pensión del adulto mayor, ampliando su poder adquisitivo y nivel de calidad de vida. Los recursos serían proporcionales a sus labores e ingresos por jubilación.

El salario, no por ser reducido y prácticamente simbólico será un excelente estímulo que, al margen de su cuantía proporciona una satisfacción sentimental muy considerable en el adulto mayor. Lo hace sentir útil y valorado. Le permite ver que su trabajo aún tiene un valor, aspectos que generan un sentido de realización humana y profesional.

También se requerirá de planear un esquema de horarios para que desempeñen sus actividades y no empaten con los elementos en activo. Se debe diseñar un modelo de distribución laboral con base en conocimientos y capacidades. Es decir un mecanismo de asignación de puestos con base en criterios racionales, considerando las características físicas y mentales de los adultos mayores.

Las jornadas laborales de reactivación no pueden rebasar sus características físicas y funcionales. Se debe cuidar que no se dupliquen cargos o haya un excedente de personal y en otros lugares continúe la ausencia de personal. Adquiriendo aquí la organización y coordinación un papel clave y fundamental en la tarea antes mencionada, dado que por medio del análisis, precisión, distribución de actividades, congruente con las áreas de actividad y responsabilidad, atributos inherentes a la organización y coordinación, se podrá realizar una distribución racional y real del personal.

La reinserción de los profesionales jubilados y pensionados ayudará a cubrir la necesidad de elementos humanos, reduciendo el tiempo de espera que implicaría formar nuevos especialistas. También se potenciarían sus conocimientos, experiencias y habilidades. Se abriría la oportunidad de generar cadenas de transmisión de conocimientos, al ocupar a estos profesionales en dinámicas de preparación de nuevos especialistas, al aprovechar sus experiencias en el proceso de envejecimiento. Al igual se construiría un enfoque de atención médica especializada desde la óptica del adulto mayor.

Para generar una reactivación de los adultos mayores que se desempeñaron en las áreas administrativas y operativas a lo largo de su vida laboral activa en el instituto, se plantea generar cadenas productivas aprovechando sus habilidades y capacidades, mediante acuerdos de colaboración estratégicos entre el programa y otras áreas del instituto. La articulación armónica entre los criterios tradicionales de trabajo, la madurez y la experiencia, con la modernidad, la innovación y las nuevas tecnologías, puede proporcionar resultados sorprendentes. Es decir, se generaría un proceso de complementación entre todos estos factores. Consiguiendo con ello bienes, servicios y mecánicas de trabajo racionales con un mayor valor y dinamismo, así como utilidad y viabilidad.

Para aprovechar el gran potencial que tiene la población mayor y generarle oportunidades económicas, mediante la formación de cadenas productivas, se requiere del establecimiento de lazos de colaboración entre los grupos de esparcimiento social de jubilados “Edad de Oro”, el programa envejecimiento

saludable, el área de atención a jubilados y pensionados, el área de préstamos del instituto y las tiendas de autoservicio “SuperISSSTE”. Se busca establecer cooperativas donde laboren los mayores en la generación de productos con “valor agregado”<sup>142</sup>, que sean comercializados por las tiendas “SuperISSSTE”. Para ello se necesitará del establecimiento de sociedades cooperativas formadas por los jubilados, con una personalidad jurídica y razón económica productiva, se requerirá del área de atención a jubilados para darles una orientación financiera y administrativa.

El área de préstamos del instituto puede facilitar recursos económicos iniciales para el despegue de las labores productivas, así como del programa para darles una atención médica adecuada, también se necesitará de la colaboración de las tiendas de autoservicio “SuperISSSTE” para realizar una distribución de los productos generados, de manera que puedan ser comprados por los clientes de dichas tiendas, facilitando la salida de éstos, en el mercado de forma dinámica y constante. Los productos de valor agregado generados pueden ir desde conservas, mermeladas, jabones, artesanías, velas, chocolates, pasteles, repostería, hasta artículos como ropa o muebles, sin olvidar servicios, con una perspectiva terapéutica y gerontológica.

La gama de posibilidades y opciones productivas es amplia y diversa, no se agota ni es limitada, pueden surgir más con el tiempo y la evolución de las necesidades de consumo de las personas. O también se pueden establecer cooperativas que ofrezcan servicios terapéuticos y oferten sus servicios en las tiendas “SuperISSSTE”.

El trabajo es la mejor terapia que puede recibir una persona. Lo ayuda a mantenerse activo mental y físicamente. Permite que se sienta útil, productivo y con una misión que cumplir. No hay mejor terapia que pueda recibir un adulto mayor. El trabajo tiene un papel clave por partida doble en la etapa de envejecimiento, genera recursos económicos y mantiene ocupadas a las personas, evitando cuadros depresivos que dañan el estado armónico de sus condiciones físicas y mentales, así como genera recursos monetarios para ampliar su poder adquisitivo, accediendo posteriormente a un mayor nivel de calidad de vida.

---

<sup>142</sup> El valor agregado es el valor económico que adquiere un producto o materia prima que pasa por un proceso productivo. Es decir es el aumento del valor que logra un producto mediante una transformación.



Con base en los resultados iniciales y la factibilidad financiera del programa, en caso de que sea autofinanciable, se podrá ampliar y socializar a un mayor número de jubilados y pensionados perteneciente a todos los sectores de la actividad productiva, de tal forma que los interesados en participar, puedan hacerlo al margen de su especialidad, experiencia, perfil profesional, laboral, destrezas y habilidades, con la finalidad de que la cadena laboral y productiva incorpore a una cantidad creciente y progresiva de adultos mayores retirados, estableciendo un sistema de capacitación y reemplazo que considere la naturaleza progresiva de los drásticos cambios en la pirámide etaria de la población mexicana, que a partir de esta época se transformará.

Este modelo de terapia ocupacional, orientado a la reactivación laboral de los jubilados y pensionados del ISSSTE, mediante su reinserción en actividades médicas para mayores, así como en la conformación de cadenas productivas, puede ser retomado posteriormente por instituciones gubernamentales federales, estatales o municipales, que atienden a la población de adultos mayores. Prestando especial atención a la integración de ellos en actividades laborales con base en sus capacidades físicas, perfil profesional, habilidades, experiencias, especialidad y destrezas desarrolladas a lo largo de la vida productiva.

La posibilidad de extender este modelo de terapia ocupacional se verá determinada por los resultados iniciales y la factibilidad financiera del programa, en el caso de ser autofinanciable, alcanzar un punto de solvencia y viabilidad económica. Aspectos clave a considerar desde una perspectiva estratégica para desarrollar proyectos. Dado que ayuda a vislumbrar los costos y los beneficios que puede lograr un programa en cualquier área social, económica, administrativa o política, donde tiene una participación la administración pública.

#### ***4.5 El Fortalecimiento de la Medicina Preventiva***

El envejecimiento es la etapa, del ciclo de vida, donde desembocan los resultados de los cuidados o descuidos, que a lo largo de los años se han mantenido en el cuerpo. La presencia de enfermedades crónicas es evitable, si hay una atención médica oportuna en etapas anteriores. Padecimientos como la diabetes mellitus, la

hipertensión, las afecciones cardiacas así como complicaciones asociadas a estas patologías, son evitables si son detectadas, atendidas y controladas tempranamente. Por ello resulta indispensable la presencia de la medicina preventiva. El sobre peso, la obesidad y las adicciones son detonadores de cuadros médicos no deseados en la salud de los pacientes en el largo plazo, dado que generan grandes costos para la institución, la familia y la sociedad.

Tanto el sobre peso, la obesidad, las adicciones y la cultura del auto cuidado, es decir, la valoración médica frecuente y la adopción de hábitos saludables, son áreas estratégicas que debe atender la medicina preventiva, de forma permanente e intensa. Si bien el ISSSTE cuenta con el programa Prevenissste, que busca “brindar información relacionada con la preservación de la salud, aportar recomendaciones que contribuyan a promover estilos de vida saludables, fomentar el auto cuidado de la salud, identificar y controlar riesgos en salud, establecer diagnósticos tempranos, propiciar tratamientos oportunos y en consecuencia prevenir y retrasar complicaciones ocasionados por las enfermedades crónicas degenerativas”<sup>143</sup>. Sus estrategias y tácticas deben ser de mayor alcance, rigor, e intensidad, para lograr un contundente impacto en la visión del derechohabiente.

No basta con dar información y recomendaciones personalizadas, sobre hipertensión arterial, cáncer, influenza, diabetes, salud cardiaca y adicciones, para proteger la salud y asegurar una mejor calidad de vida<sup>144</sup>, como se menciona en informes y comunicados que funcionarios del instituto hacen. Se debe educar a la población derechohabiente del instituto, para crear una conciencia. Se requiere de tácticas de difusión tanto visual y auditiva, mediante campañas de comunicación fuertes y certeras sobre las consecuencias del descuido de su salud y la promoción de hábitos saludables.

---

<sup>143</sup> Disponible en: <http://prevenisstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>. Consultado el 15 de Noviembre de 2013.

<sup>144</sup> Comunicado realizado por Hernández Blanco Delegado del ISSSTE en Quintana Roo. Consultado en: Programa Prevenissste llega de manera permanente. Novedades. Chetumal Miércoles, 14 Ago, 2013, <http://sipse.com/novedades/anuncian-programa-prevenissste-de-manera-permanente-46496.html>

Si bien existe un bombardeo constante por parte de la industria de la comida rápida o chatarra, del alcohol, del tabaco y los refrescos, así como otros saldos de la modernidad; es indispensable una contraofensiva, ética, creativa, innovadora y reflexiva, centrada en la construcción de una conciencia del cuidado de la salud, la adopción de hábitos saludables y estilos de vida con calidad. Aspectos como la buena nutrición, el ejercicio, el manejo del stress, entre otros, son de vital relevancia al constituir factores clave en la salud de las personas.

No pueden ser excluidos ni olvidados en las futuras acciones de la administración estratégica respecto a la medicina preventiva. Por ello la vinculación, entre el programa envejecimiento saludable y prevenisste del instituto, requiere de lazos estrechos de colaboración y cooperación para lograr un trabajo armónico. No se puede pensar en un envejecimiento sano, activo y digno; si no se trabaja desde hoy, en la construcción de un adulto saludable, pues una gran parte de los padecimientos y deterioros en la salud, se deben a descuidos en la atención preventiva, pero también en alto porcentaje, al tratamiento a destiempo de la enfermedad, cuando ya es irreversible.

#### ***4.6 La Promoción del Envejecimiento Activo y Preparación para la Jubilación***

Dentro del amplio desarrollo de elementos para la atención de los adultos mayores, salta la construcción del concepto de “envejecimiento activo”, idea que remite a una visión diferente de esta etapa. El término implica una concepción menos pasiva, más dinámica, creativa y saludable, del envejecimiento<sup>145</sup>. La Organización Mundial de la Salud adoptó el concepto “envejecimiento activo” a finales de la década de los 90, con la finalidad de comunicar una idea más completa que “envejecimiento saludable”.

---

<sup>145</sup> Bermejo García, Lourdes, “Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y de adaptación a la jubilación”, en *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, Giró Miranda Joaquín, Coordinador, España, Universidad de la Rioja, 2007, p. 65.

Contemplando más factores, aparte de la salud, como determinantes del envejecimiento<sup>146</sup>.

Se define al “envejecimiento activo” como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”<sup>147</sup>. La “palabra *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y, por supuesto, no sólo a la capacidad para estar físicamente o laboralmente activo”<sup>148</sup>. Desde esta perspectiva el proceso de envejecimiento se vuelve complejo e involucra más factores, que la ausencia de enfermedades y cuidados médicos. Denotando la interrelación de distintos campos alrededor del adulto mayor y el proceso de envejecimiento.

Lourdes Bermejo menciona que “existen cada vez más evidencias de la interacción biopsicosocial de la persona”<sup>149</sup> en el envejecimiento, pero “las acciones del contexto social y científico continúan sin creer en ello, centrando sus esfuerzos en los factores de salud física y mental”<sup>150</sup> y no en “aspectos socioafectivos y su impacto”, cuando es este elemento un determinante de mayor peso en la salud del mayor. De aquí se desprende la importancia de la preparación para la jubilación.

Cada persona tiene una perspectiva diferente de la jubilación, pero es determinante la manera en que se afronta. La jubilación es un proceso complejo donde hay una relación estrecha entre el individuo y su contexto o medio. Se vuelve un

“acontecimiento clave en el que se producen cambios como la pérdida de la capacidad productiva y económica, marginación social, cambios en las expectativas de vida, y también nuevas oportunidades en la ocupación del tiempo disponible, en las relaciones personales, en la identidad personal y en la participación social.”<sup>151</sup>

---

<sup>146</sup> *Idém*, p. 65.

<sup>147</sup> Organización Mundial de la Salud, *Envejecimiento Activo*, *op.cit.*

<sup>148</sup> Bermejo García, Lourdes, *op cit*, p.65.

<sup>149</sup> *Idém*, p. 66.

<sup>150</sup> *Idém*, p. 67.

<sup>151</sup> *Ibidem*

Todos estos factores generan un impacto en la autoestima, estado emocional y mental del adulto mayor.

Llegar a la etapa de jubilación implica contar con un “conjunto suficiente de recursos personales que le ayuden a adaptarse a dicho cambio, a concebir la jubilación como el inicio de una etapa en la que realmente se puede tener una buena calidad de vida, en la que se puede ser muy feliz”<sup>152</sup>. La jubilación no es el fin de la vida, ni es el escenario de inactividad, es la oportunidad para disfrutar los frutos de una vida de trabajo, cosechar lo sembrado, emprender nuevos proyectos, convivir con los amigos y crear nuevas oportunidades para la vida venidera. Pensar en la jubilación es sinónimo de pensar en el futuro, en los años próximos a vivir y una nueva etapa de vida, donde los compromisos han disminuido y las responsabilidades son menores. La jubilación es la oportunidad idónea para retomar ideas que se abandonaron en el pasado para atender compromisos presentes.

El proceso de jubilación puede ser, en un plano negativo, un hecho estresante, por constituir un evento que conlleva cambios en las esferas: económica, social, cultural, laboral, psicológica, psicoafectiva y socio cognitiva. Si la persona que va a jubilarse no construye un retiro positivo que se dará en su debido momento, las probabilidades de caer en cuadros crónicos de depresión, stress, e infelicidad, elementos que impiden una vejez activa, sana y digna. La preparación para la jubilación es el resultado de la aplicación de conocimientos de gerontología educativa y la necesidad de facilitar a las personas que van a jubilarse la oportunidad de optimizar sus habilidades para llegar al proceso.<sup>153</sup>

Hay tres elementos clave dentro de la preparación para la jubilación: el primero es la prevención, por ser la mejor estrategia para anticiparse a los problemas y para encontrar respuestas a los mismos; el segundo es que el envejecimiento activo se logra gracias a la participación y la optimización de las condiciones de salud (lo que requiere de la sabia combinación de factores físicos, psíquicos y socio afectivos); el tercero es la responsabilidad, las personas son responsables de su envejecimiento y

---

<sup>152</sup> *Idém*, p. 68.

<sup>153</sup> *Ídem*. P. 74.

si logran estar capacitados podrán usar mejor sus recursos, hacerse responsable de ellos mismos<sup>154</sup>. Es así que los objetivos de los programas de preparación son:

- Preparar a los trabajadores para que disfruten del máximo nivel de bienestar individual y social en la nueva etapa vital que es la jubilación.
- Transmitir información y favorecer el desarrollo de competencias para el afrontamiento de la jubilación y para la planificación de la nueva etapa vital que se abre después<sup>155</sup>.

Se concluye que la preparación para la jubilación es un instrumento fundamental que requiere ser insertado en el programa envejecimiento saludable del ISSSTE, para ampliar su grado de atención con los adultos mayores. Este instrumento tiene una amplia efectividad para la adaptación a la etapa de jubilación, misma que debe incentivarse como un requerimiento a cubrir cuando el trabajador, todavía activo, solicita su licencia pre jubilatoria a la que por ley tiene derecho durante los tres meses previos a su retiro.

#### ***4.7 La Inserción de la Musicoterapia***

Es necesario ampliar la oferta de atención terapéutica. En países de vanguardia en la atención a adultos mayores, ha surgido la aplicación de una herramienta llamada musicoterapia, para el tratamiento de patologías cognitivas. La musicoterapia es hoy una profesión oficialmente reconocida con estudios de grado universitario en Canadá, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Argentina, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Holanda, Noruega, Finlandia, Portugal, Uruguay y Brasil.<sup>156</sup>

La musicoterapia contribuye a la gerontología y geriatría, ramas de la medicina que estudia al envejecimiento, sus características y trastornos, para comprenderlos y atenderlos. La musicoterapia tiene sus orígenes en el antiguo Egipto, pero el uso racional de la música para prevenir y curar enfermedades se ubica desde la cultura

---

<sup>154</sup> *Idém*, pp. 74-75.

<sup>155</sup> *Idém*, p. 77.

<sup>156</sup> Camacho Sánchez, Pilar "Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente" en *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, Giró Miranda Joaquín, Coordinador, España, Universidad de la Rioja, 2007, p. 156.

griega. Platón y Aristóteles son precursores de la musicoterapia actual, la concebían como “un subsistema del conjunto de las ciencias y tecnologías de la salud, que concibe al hombre como unidad biopsicosocial, y que emplea el discurso sonoro-corporal como herramienta terapéutica”<sup>157</sup>. La música es un instrumento terapéutico por sus repercusiones psicofisiológicas, es capaz de relajar o inhibir a un individuo, así como excitar y activar al organismo, de acuerdo con sus características y objetivos.

La música entra al plano terapéutico por su grado de efectividad en:

“el tratamiento de problemáticas diversas (discapacidades sensoriales y físicas, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, autismo, esquizofrenia, distintas adicciones, deficiencias del lenguaje, etc.). David Albrigde habla de su eficacia en una enfermedad como el Alzheimer.”<sup>158</sup>

Muchas de estas patologías se presentan en la etapa de envejecimiento, ayudando la música a contener y controlar sus consecuencias, de ahí su utilidad y presencia en el área terapéutica.

La musicoterapia no es una novedad, ya se utilizaba a la música con fines curativos en culturas antiguas. Pero hoy se han dado desarrollos científicos sin precedentes en “el uso de los sonidos y la música como elementos fundamentales en el desarrollo global del individuo”<sup>159</sup>. La revolución científica y tecnológica ha alcanzado a la música, envolviéndola en una sinergia de renovación e innovación continua para el descubrimiento de nuevas aplicaciones que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas.

Las definiciones de la musicoterapia son muchas y amplias, destacan las citadas por Pilar Camacho en su ensayo “Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente” donde indica que Rolando Benenzon define a la musicoterapia como:

---

<sup>157</sup> *Ibidem*.

<sup>158</sup> *Idém*, p.157.

<sup>159</sup> *Ibidem*

“esa parte de la medicina que estudia el complejo sonido / ser humano / sonido, utilizando el movimiento, el sonido y la música, para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objetivo de obtener los efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno.”<sup>160</sup>

La definición dada por Poch en 1981: “la aplicación científica del arte de la música y la danza, con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”<sup>161</sup>. En ambas concepciones podemos ver el papel que guarda la música dentro de la medicina, explotando su utilidad para atender pacientes, ayudándoles a controlar sus padecimientos y abriéndoles la puerta a un estado de salud óptimo y digno.

La definición más amplia citada por Pilar Camacho es la que da la National Association for Music Therapy (NAMT), en el folleto *A Career in Music Therapy*; musicoterapia es

“el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir, a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo, para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad.”<sup>162</sup>

Siendo así la musicoterapia un instrumento de intervención para tratar padecimientos en un paciente de manera integral.

La música terapia tiene un carácter multidisciplinario, conjunta el potencial de la ciencia, el arte y la técnica. El profesional de la musicoterapia sabe aplicar y potenciar los beneficios de la música en los pacientes, produciendo una mejoría en su salud. El profesional de la musicoterapia puede colaborar ampliamente en el tratamiento de

---

<sup>160</sup> *Idém*, p.158.

<sup>161</sup> *Ibidem*.

<sup>162</sup> *Ibidem*.



pacientes mayores, tanto en instituciones públicas como privadas. Debido a que la musicoterapia tiene como objetivos: establecer comunicación, mejorar relaciones interpersonales, desarrollar el conocimiento de uno mismo y desarrollar la capacidad de auto expresión;<sup>163</sup> se convierte en una herramienta idónea para la construcción de una salud mental en las personas mayores.

La principal función que tiene la música es “acompañar al hombre en su desarrollo onto y filogenético en distintas situaciones de su vida”<sup>164</sup>. La música camina de la mano con el desarrollo del ser humano por el vehículo idóneo para estimular y reforzar procesos en el cerebro, generando un impacto significativo y fructífero al corto, mediano y largo plazo, más aún cuando es uno de los gustos, orgullos y símbolos de la mexicanidad, consagrados y reconocidos a nivel mundial.

Pilar Camacho señala la cita de Bruscia, donde menciona que la música “se usa para influir a nivel corporal sensitivo, afectivo, cognitivo y en la conducta...” dependiendo el paciente y sus necesidades. Es importante mencionar que la musicoterapia actúa de forma diferente sobre cada persona. La manera en que actúa la música sobre el organismo parte de las “reacciones bioquímicas y la producción de variaciones en el ritmo cardiaco y respiratorio, así como el tamaño pupilar, la respuesta galvánica de la piel, la función endocrina y el nivel cortical”<sup>165</sup>. Los efectos que puede producir la música “dependen de la interrelación de sus distintos elementos: melodía, armonía, altura, timbre, ritmo y volumen”<sup>166</sup>. La melodía tiene relación con la afectividad, el ritmo con lo físico (movimiento, excitación-relajación)<sup>167</sup>, por mencionar unos ejemplos.

Es por ello que la musicoterapia tiene claros “efectos sobre el nivel psicológico del individuo, efectos relacionados con la auto-expresión, la identificación, la asociación y la comunicación”. Aspectos fundamentales en el desarrollo integral de una persona, en todas las etapas de la vida, pero sobre todo tiene beneficios para las personas

---

<sup>163</sup> *Ídem*, pp.166-167.

<sup>164</sup> *Ídem*, p.167.

<sup>165</sup> *Ídem*, p.174

<sup>166</sup> *Ibidem*.

<sup>167</sup> *Ibidem*.

mayores, que en el espacio nacional tiene grandes posibilidades de éxito, por la idiosincrasia de los mexicanos, proclive a la música y el baile, lo que se puede constatar en numerosas asociaciones, concursos y practicas diversas de naturaleza musical con la participación entusiasta de adultos mayores, jubilados, pensionados o no.

La musicoterapia ayuda al adulto mayor a conseguir una recuperación, mantenimiento, o mejora de sus funciones. Permitiendo principalmente a conseguir o mantener máximos niveles de funcionalidad<sup>168</sup>. Los principales objetivos terapéuticos que persigue esta disciplina son: aumentar o mantener la fuerza muscular, movilidad articular y resistencia física, promover un estado de relajación, mejorar la autoestima, estimular la memoria y la expresión emocional, mejorar o mantener los niveles de atención, ayudar en la orientación en la realidad, mantener o mejorar la comunicación verbal, aumentar la interacción y comunicación social<sup>169</sup>. Todas estas acciones repercuten en la calidad de vida del adulto mayor, dado que resta o contiene los estragos propios del envejecimiento. La música trabaja en cuatro áreas: cognitiva, social-emocional-espiritual, motriz y conductual<sup>170</sup>.

La intervención terapéutica de la música en el adulto mayor ayuda a prevenir o mitigar las pérdidas asociadas al avance de la edad, permite evitar que el mayor termine en situaciones más problemáticas para él, la familia y la institución. La musicoterapia es un tratamiento complementario que mejora las condiciones médicas de cada persona<sup>171</sup>. Se concluye que la musicoterapia es un recurso útil y necesario para mejorar la atención a los mayores. Es un recurso auxiliar a las acciones médicas específicas que la medicina geriátrica y gerontológica recomienda. Le permite al adulto mayor adaptarse a los cambios que el envejecimiento conlleva y abre la puerta a una calidad de vida en esta etapa, le imprime fuerza al envejecimiento sano, activo y digno, dado que lo libera de la fragilidad y dependencia.

---

<sup>168</sup> *Ibidem*.

<sup>169</sup> *Ídem*, pp.178-179.

<sup>170</sup> *Ídem*, p. 179.

<sup>171</sup> *Ibidem*, p.

## 4.8 Hacia la Gerontecnología

En términos generales el desarrollo científico y tecnológico ha beneficiado considerablemente a las personas, a través del mejoramiento de sus condiciones de vida. Los adultos mayores han recibido estos beneficios de forma indirecta, gracias a estos avances la esperanza de vida ha superado los 70 años hoy en día. Pero es importante abordar una situación peculiar, dentro del tema tecnológico. Los mayores no cuentan con la posibilidad de acceder a apoyos tecnológicos específicos para atender o solucionar sus problemas derivados de diversas patologías degenerativas, aislamiento, discapacidad, fragilidad y deterioro mental.

El desarrollo de apoyos tecnológicos para adultos mayores, que faciliten su vida cotidiana, es un tema crucial por atender para la sociedad, el gobierno y su administración pública. Pero más allá de ser un desafío, puede ser visto como una veta de oportunidades, es decir, una ventana para vislumbrar la generación y producción de nuevos bienes. Este fenómeno requiere una especial atención, por ello ha florecido el concepto de gerontecnología, idea que conjunta el espíritu de la tecnología, con una orientación de servicio a adultos mayores.

La tecnología es: “un conjunto de conocimientos específicos y procesos para transformar la realidad y resolver algún problema”<sup>172</sup>, es decir, la aplicación de la fusión de diversos conocimientos para atender o resolver un problema. Orientar la tecnología hacia la atención de los problemas de los mayores, es una oportunidad innovadora de producir instrumentos idóneos para aminorar las consecuencias del proceso de envejecimiento. Estos bienes pueden “optimizar la calidad de vida de los adultos mayores contribuyendo a mantener su independencia, autonomía, cuidados, autorrealización y dignidad”<sup>173</sup>. Dando la oportunidad de alcanzar un envejecimiento activo con mayor facilidad y comodidad. Lo cual aminora los riesgos que conlleva el deterioro tanto físico como mental del cuerpo, en la última etapa de la vida.

---

<sup>172</sup> Actores y procesos en la innovación tecnológica en: Lara Rosano, Felipe (coord.), “Tecnología, conceptos, problemas y perspectivas”, México, Siglo XXI, 1998, p. 7.

<sup>173</sup> Blanco Campero Edgar Jaime, Gerontecnología, Filosofía y Neoliberalismo, Ponencia, Revisada en: Memorias del Primer Congreso nacional de Gerontología, UAEH, Octubre de 2010, p.72.

En el caso concreto del programa “envejecimiento saludable” el uso de instrumentos de gerontecnología permitirá potenciar su actividad. Abriendo el abanico de oportunidades para los adultos mayores derechohabientes de hoy y de mañana. Debido a que los jóvenes que hoy usan tecnologías, serán en el futuro mayores habidos en el uso de dispositivos tecnológicos, por ello el programa debe planear la inserción de instrumentos digitales. Con el uso de mecanismos apoyados en internet es posible realizar esto.

La Internet es “una red mundial descentralizada que une redes que a su vez conectan computadores u ordenadores”.<sup>174</sup> También se considera que es: “un sistema que crea una sociedad en la unión de los diferentes puntos en el mundo, que rebasa las fronteras, y eso crea más conocimiento”<sup>175</sup>. Internet es un conjunto de interrelaciones digitales mediante redes que permite el flujo de información entre individuos, generando conocimiento, para satisfacer sus necesidades.

Por lo anterior el programa no debe desaprovechar el potencial de internet. Una propuesta en este sentido es la generación de una plataforma digital en internet para derechohabientes mayores, donde puedan acceder, interactúen e intercambien información clave sobre temas relacionados al proceso de envejecimiento, por ejemplo: tratamientos médicos, dispositivos tecnológicos, procedimientos, entre otros datos de suma importancia para el paciente.

Esta medida ayudaría al programa para afrontar, hoy y en un futuro, las demandas y necesidades de una población cada día más familiarizada con el uso de internet. Llevaría al programa a la era digital y abriría la oportunidad de impulsar la educación digital con los derechohabientes que hoy se aproximan a la etapa de 65 años y más, que no cuentan con un conocimiento en el uso de internet. De igual forma dotaría al programa de un instrumento para comunicarse con los mayores e informarles sobre la operación del programa. La gerontecnología es una oportunidad de crecimiento.

---

<sup>174</sup> Una nueva era: internet en: Fernández Rodríguez José Julio, “Lo público y lo privado en internet. Intimidad y libertad de expresión en la red”, UNAM, 2004 p. 1. [www.bibliojuridica.org](http://www.bibliojuridica.org) 16 de septiembre de 2010. Consultado en: Velázquez Vázquez Lucinda Elizabeth, Gobierno Digital Como Herramienta de Mejora en la Administración Pública de México, 2013, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 16.

<sup>175</sup> *Ibidem*, p16.

## ***4.9 Para Finalizar***

Los diversos factores que componen al modelo propositivo para la mejora del programa, son instrumentos viables, racionales y necesarios. Su inserción permite ampliar la capacidad de respuesta que tiene el programa, maximizando sus beneficios y abriendo la puerta para alcanzar un envejecimiento sano, activo y digno. Alcanzar un envejecimiento activo es una tarea compleja pero no imposible. Es el resultado de una acción multilateral, donde interactúan diversos actores, acciones e instrumentos. La suma de esfuerzos es indispensable para lograr ofrecer esta estadía en la última etapa de la vida.

Si bien el programa envejecimiento saludable no es perfecto existe la posibilidad de mejorarlo, punto en el que la administración pública entra para reforzar su acción y maximizar su alcance. Perfeccionar el programa puede ser una labor titánica pero es necesario librarla para contribuir a la construcción de un paradigma diferente del envejecimiento. Evitar que los adultos mayores padezcan patologías crónico-degenerativas es una responsabilidad que las instituciones del gobierno tienen y es responsabilidad de la administración pública ayudar y colaborar a que se logre un propósito tan grande.

Una sociedad, un gobierno y una administración pública que no se preocupa por sus mayores, están dejando de pensar en su futuro inmediato. Denota la pérdida de sensibilidad, visión y compromiso; al estar ausentes estos elementos, se limita la consolidación de una sociedad, solidaria, justa, igualitaria, prospera y moderna.

El viejo dicho de: “Como te ves me vi y como me ves te verás” cobra un significado incuestionable en esta investigación, que en su énfasis hacia la administración estratégica, procuró poner de relieve las fortalezas de la tercera edad, los programas que le atañen, las instituciones públicas que la atienden, en especial el ISSSTE y su programa envejecimiento saludable. Las debilidades presentes y demandantes de una atención prioritaria por parte de la administración pública. Las amenazas que puede sufrir el programa, poniendo en peligro su viabilidad. Las oportunidades que se pueden detonar y aprovechar para mejorar su servicio.

## Conclusiones

- Existe una sólida, permanente e irrompible relación teórica entre Estado, Gobierno y Administración Pública con la protección de la salud y el envejecimiento de la población.
- El Estado emprende mediante su gobierno, una serie de acciones que están a cargo de la administración pública para garantizar y procurar el cuidado de la salud de las personas, en especial en una etapa de la vida conocida como envejecimiento, donde se requieren acciones especializadas para elevar su calidad de vida.
- El Estado es máxima idea que abstrae, reúne y conceptualiza diversos elementos, para dar forma y sentido en un imaginario común a un conjunto de factores como lo son: la población, el territorio, el gobierno, un marco jurídico y la convicción de alcanzar un bien común.
- El Estado es la mayor expresión de la organización política de una sociedad. organización que regula y da estabilidad y certeza a una población, dentro de un territorio, bajo una autoridad establecida y acompañada de un marco jurídico para velar por un bienestar general.
- El gobierno es el conjunto de organizaciones públicas que concretan la acción del Estado, dando dirección y rumbo a la vida de una sociedad. Mientras mayor sea su grado de racionalidad mayor será su efectividad y grado de desarrollo social.
- El gobierno es el instrumento de mayor potencia y efectividad que tiene el Estado para consolidar acciones encaminadas a dar un sentido a la vida en colectividad, para alcanzar un estado de paz, seguridad y prosperidad.
- La administración pública es el elemento más operativo como instrumento racional con que cuenta el gobierno para materializar las acciones

gubernamentales que den alivio a las problemáticas sociales, así como atención a las demandas y necesidades de grupos poblacionales específicos.

- La administración pública es el factor fundamental que tiene un gobierno para generar una estabilidad, atender las demandas de la sociedad y propiciar una calidad de vida en la población, así como detonar un desarrollo económico y una vida civilizada.
- La Administración Estratégica es un instrumento que ayuda a los proyectos y programas a adaptarse a un medio complejo y dinámico; identificando sus áreas de fortaleza, oportunidad, debilidad y posible amenaza. Esta información permite plantear planes de acción más racionales para adecuarse a su contexto.
- La Administración Estratégica es una visión inteligente e indispensable para la ejecución de un programa. Pensar estratégicamente abre un mundo de posibilidades y previene numerosos problemas por el planteamiento de soluciones integrales y amplias.
- La salud es un estado de completa armonía entre el bienestar físico, mental y social de una persona con la ausencia de afecciones o enfermedades. Consolidándose como un derecho al que todos los miembros de una sociedad puede acceder.
- La salud es un derecho y factor estratégico en el proceso de envejecimiento que vive la población, por ello la administración pública tiene la responsabilidad de emprender acciones para garantizar dicho derecho.
- El envejecimiento de la población es un factor clave y determinante en el tipo de acciones que un gobierno debe emprender mediante su administración pública, para mantener un nivel en la calidad de vida de las personas.
- El proceso de envejecimiento es complejo y demanda servicios especializados. Exigiendo un cambio en las acciones que la administración pública emprende, así como en las instituciones y la sociedad.

- El crecimiento de la población mayor es un fenómeno demográfico natural presente en todos los países del mundo. México no está exento de experimentar dicho fenómeno, pero a diferencia de otros países, el periodo de tiempo en que se presentarán sus signos será reducido paulatinamente.
- Se deben tomar medidas inmediatas para afrontar un futuro complejo; por el envejecimiento de la población que tiene diversas complicaciones, las cuales van de lo social, político, económico, educativo, cultural y de salud, por mencionar algunas.
- Las instituciones de salud pública deben afinar sus acciones y conjuntar esfuerzos para afrontar el drástico cambio de necesidades que los derechohabientes mayores presentarán en los próximos años.
- El gobierno mexicano ha emprendido acciones para iniciar la atención del envejecimiento, con la consolidación del Instituto Nacional de Geriatria, y el inicio de labores de programas médicos especializados en geriatría,
- Las instituciones más grandes de seguridad social, IMSS e ISSSTE, emprendieron modelos de atención médica geriátrica, buscando la construcción de un envejecimiento sano, activo y digno.
- El desarrollo de un envejecimiento activo, implica la optimización de las oportunidades de participación social, política, cultural y económica, así como contextos de seguridad y respeto.
- El ISSSTE experimentará cambios radicales en su población derechohabiente, pasando a tener altos índices de población mayor que demandará servicios especializados para satisfacer sus necesidades médicas.
- El programa “envejecimiento saludable” es el instrumento idóneo que tiene el ISSSTE para atender a los adultos mayores en materia de medicina geriátrica con el cual les ofrece acceder a una vejez sana, activa y digna.



- El programa “envejecimiento saludable” procura abatir la fragilidad, inmovilidad y dependencia, aspectos que dificultan una vida con calidad en la etapa de envejecimiento.
- El “programa envejecimiento saludable” del ISSSTE se ve presionado por el crecimiento de la población mayor derechohabiente y el avance de las enfermedades crónicas y degenerativas que significan un mayor costo para la institución y la familia.
- La prospectiva es una herramienta útil para la administración pública, permite construir escenarios, pensar en las posibles consecuencias de una acción o una inacción y cuál es el área más importante a atender para propiciar un mejor futuro.
- El futuro no se puede predecir o adivinar, pero si es posible construir una idea cercana, sustentada en datos e información fidedigna para entender las consecuencias positivas o negativas de actuar o no actuar en el presente.
- El programa envejecimiento saludable tiene una gran responsabilidad con los adultos mayores derechohabientes del ISSSTE, es el instrumento más racional para permitir el acceso a una vejez sana, activa y digna.
- La legitimidad social del programa depende del mejoramiento de sus procesos, mecanismo de transparencia, diversificación de terapias y aumento de elementos profesionales especializados, para maximizar los beneficios que ofrece a la población derechohabiente mayor.
- La legitimidad que tiene una acción gubernamental no radica en su existencia, es producto de la aceptación generada por su impacto efectivo y contundente en la calidad de vida de las personas.
- Sumar un enfoque de administración estratégica al ISSSTE es de vital importancia, ampliará la capacidad de respuesta del instituto con los adultos mayores, ayudará a canalizar de forma racional los recursos y establecer

acciones novedosas para mejorar la atención del programa envejecimiento saludable.

- El enfoque de administración estratégica puede ayudar al programa envejecimiento saludable del ISSSTE, a repensar su objetivo, líneas de acción y resultados, frente a un contexto complejo y dinámico, vislumbrando las acciones que debe sumar el programa para alcanzar una eficacia y efectividad con los adultos mayores del instituto.
- La transparencia es un aspecto clave a sumar en el programa envejecimiento saludable, permitirá el flujo de información indispensable para conocer los resultados de sus acciones, ayudando a la rendición de cuentas.
- La transparencia permite que fluya la información clave que el programa produce para rendir cuentas a los derechohabientes mayores del instituto, es una estrategia que rejuvenece la legitimidad del programa.
- El aumento de profesionales especializados en el área de medicina geriátrica es necesario, ayuda a incrementar la capacidad de respuesta del programa y permite dar a los derechohabientes una mayor atención médica.
- El incremento de profesionales especializados debe ser en el área de atención médica geriátrica y gerontológica y la atención multidisciplinaria, incentivando la formación de profesionales mediante la apertura de espacios para prestadores de servicio social y prácticas profesionales.
- La terapia ocupacional es un elemento indispensable a sumar en el programa. El trabajo es la mejor terapia que puede recibir una persona, lo mantiene física y mentalmente sano. Por ello es necesaria la reactivación laboral de profesionales jubilados.
- La reactivación laboral se puede generar mediante la reinserción de los profesionales de la salud, que tienen una vitalidad y disposición a colaborar en

actividades médicas para adultos mayores. Así como con la generación de cadenas productivas, para producir bienes y servicios comercializables.

- La generación de cadenas productivas ayudará a la reinserción laboral del adulto mayor. El salario que reciba por su trabajo, no será muy grande en su cuantía, pero será simbólico y ayudará a desarrollar en el adulto mayor un sentido de satisfacción por su trabajo.
- La medicina preventiva toma un papel clave en la construcción de adultos mayores sanos, por ser el medio idóneo para la promoción de la salud y hábitos saludables.
- La promoción de esquemas de vida saludable, así como la difusión de información relevante sobre la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, harán un contrapeso al constante bombardeo publicitario de las industrias refresqueras, de comida chatarra, del alcohol, del cigarro y otros saldos de la modernidad.
- Envejecer no significa estar enfermo, se puede llegar a la última etapa de la vida con un nivel de salud alto que permita al adulto mayor desenvolverse con independencia. Abriendo con ello la puerta a un envejecimiento activo, en un estadio de ausencia de discapacidades, enfermedades y afecciones médicas que frenan el desarrollo de una vida plena.
- Un envejecimiento activo significa vivir libre de enfermedades crónicas y degenerativas, evadiendo con ello la fragilidad y la dependencia. Pero también implica acceder a oportunidades de desarrollo social, económico, político y cultural.
- La jubilación es un proceso que marca el inicio de una nueva etapa en la vida del trabajador. Significando la oportunidad de empezar a disfrutar el fruto de su trabajo, el tiempo libre y los amigos. Implicando llegar a este periodo con los recurso económicos, sociales y culturales suficientes para un disfrute pleno.

- Es indispensable iniciar acciones para la preparación adecuada de la jubilación dado que puede ser un proceso estresante para el trabajador, por no contar con la información correcta y suficiente. La jubilación no es el fin de la vida, es un periodo donde se pueden emprender nuevos proyectos para desarrollar durante el futuro.
- La musicoterapia es una alternativa terapéutica para incrementar la salud mental del adulto mayor. Se está desarrollando con velocidad en países desarrollados y se ha posicionado como un instrumento útil para el tratamiento de afecciones como el Alzheimer, demencia senil, Parkinson, entre otras.
- La musicoterapia le permite al adulto mayor adaptarse a los cambios que el envejecimiento conlleva y abre la puerta a una calidad de vida en esta etapa, le imprime fuerza al envejecimiento sano, activo y digno, dado que lo libera de la fragilidad y dependencia.
- El diseño, desarrollo e implementación de mecanismo, bienes o servicios de gerontecnología son una oportunidad para el gobierno y su administración pública, para atender con mayor efectividad a los adultos mayores.
- La gerontecnología ofrece nuevos horizontes para la administración pública, el mercado y los adultos mayores de nuestro país. Ayuda a adecuar los productos tecnológicos desarrollados para impactar directamente en la población mayor.
- Trabajar en una atención integral para los adultos mayores es sinónimo de una responsabilidad ética, política y social con ellos. Una administración pública que no se preocupa por los mayores es una administración que está cavando su tumba, al construir problemas más grandes para el futuro.

# Bibliografía

## Libros

Aristóteles, "La política," *Diálogos de Platón*, Madrid España, Espasa-Calpe, 1989.

Baena Paz, Guillermina, *Prospectiva Política: Guía Para Su Comprensión Y Práctica*, Primera edición, distrito federal, México, FCPyS, UNAM, 2004, p. 15.

Bonin, Jean, *Los siete libros de la Republica, libro I*, España, Tecnos, 1981..

Bonnin, C.J, *Principes d'Administration, Publique en Principios de Administración Pública*, Guerrero Omar, Escuela Superior de Administración Pública, Redición 2007.

Camacho Sánchez, Pilar, *Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente en: Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, Giró Miranda Joaquín, Coordinador, España, Universidad de la Rioja, 2007.

Carrillo de Albornoz y Serra, José maría de, *Manual de Autodiagnóstico Estratégico*, Madrid, España, ESIC Editorial, 2005, p. 80.

Chandler, Alfred, *Strategy and structure: chapters in the history of American industrial enterprise*, Cambirdge, Mas: M.I.T. Press, 1962, p.13. consultado en Mintzberg, Henry. *El Proceso Estratégico*. México, Editorial; Prentice Hall Hispanoamericana, S. A. 1997.

Charles Louis de Secondat barón de Montesquieu, *Del espíritu de las leyes*, España, Tecnos, 2007.

Crespo, José Antonio, *Fundamentos políticos de la rendición de cuentas*, México, Auditoria Superior de la Federación, 2000.

Dimock, Marshall. "The Meaning of Scope in Public Administration". Gaus, John *et al.* *The Frontiers of Public Administration*. New York, EU, Russell and Russell, 1967

Finnner Hernan, *Teoría y Practica del Gobierno*, Madrid, Editorial Planeta, 1984.

Fred, R. David, *Conceptos de Administración Estratégica*, traducción de Sánchez Carrión Miguel Ángel, México, Pearson Educación, 2003, p. 10.

Godet, Michel, *Prospectiva Estratégica: problemas y métodos*, Segunda Edición, París, Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique, 2007, p. 9.

Guerrero, Eduardo, “Libros, autores e ideas para abrir una discusión”, en *Transparencia: libros, autores e ideas*, Merino Mauricio, México, IFAI-CIDE, 2005.

Guerrero, Omar, *Principios de Administración Pública*, Colombia, Escuela Superior de Administración Pública, Redición 2007,

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, *México y la revolución de la longevidad*, en *Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria*, Primera edición, México, 2010, p.24.

Ham Chande Roberto, *Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México*, en *La situación Demográfica 2011*, primera edición, México, 2011, p. 143.

Hobbes, Thomas. *El Estado*. México, Fondo de Cultura Económica, 2000.

Hobbes, Thomas. *Leviatán*. México, Gernika, 1994.

Hofer, Charles W., Schendel, Dan. *Planeación Estratégica: Conceptos analíticos*. Editorial; Norma S. A. Colombia, 1985.

Jellinek, Georg. *Teoría General del Estado*. México, Compañía Editorial Continental, 1958.

Kingsley Davis, *La Transición Demográfica*, de “social demography”, en *The voice of american fórum lectures*, Behavioral Sciences series 17, p. 3

Lara Rosano, Felipe (coord.), "Tecnología, conceptos, problemas y perspectivas", México, Siglo XXI, 1998, p. 7.

Locke, John, *Segundo tratado sobre el gobierno civil*, México, Gernika, 1997.

López Álvarez, Francisco. *La Administración Pública y la Vida Económica en México*. México, Edit. Porrúa. 1956

Maquiavelo, Nicolás. *El Príncipe*. México, Editorial Porrúa, primera edición sepancuantos, 1970.

Marín, Pedro Paulo, *Geriatría y gerontología*, Chile, Universidad de Chile, 2008.

Martínez, Morales, Rafael, *Derecho Administrativo*, México, Harla, 1994,

Marx, Carlos, Notas Críticas al Artículo "El Rey de Prusia y la Reforma Social", por un Prusiano. Marx, Carlos, Manuscritos de París y Anuarios Franco-alemanes. México, Editorial Grijalbo. p. 236. en Guerrero Omar Principios de Administración Pública, Colombia, Escuela Superior de Administración Pública, Redición 2007.

Mintzberg, Henry. *El Proceso Estratégico*. México, Editorial; Prentice Hall Hispanoamericana, S. A. 1997.

Organización Mundial de la Salud, *Envejecimiento Saludable, El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria, programa sobre envejecimiento y salud*. Ginebra, 1998.

Rousseau, Juan J. *El Contrato Social*. México, Editores Mexicanos Unidos S.A. 1985.

Sánchez Azcona, Jorge. *Lecturas De Sociología Y Ciencia Política*. México, Universidad Nacional Autónoma De México, 1975.

Stein Lorenzo, *Movimientos Sociales y Monarquía*, Madrid, España, Centro de Estudios Constitucionales. 1981.

Stoner, James A. F. et. al. *Administración*, México, Editorial; Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.1996.

The futures grup, Baldi, Eduardo Raúl, Traductor, Escenarios en Metodología de Investigación de Futuros, Buenos Aires, Argentina, 2004, P. 405.

Ugalde, Luis Carlos, Rendición de cuentas y democracia. El caso de México, México, IFE, 2002.

Weber, Max, La Política como vocación en *El Político y en Científico*, México, Colofon. SA.

Welti, Carlos, Mortalidad, en Demografía I, Programa Latinoamericano de Actividades en Población, Primera edición, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1997, p.73-74.

Yáñez Campero Valentín, *La Administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, INAP, México.

Yáñez Garrido, Luis Anselmo, Rodríguez Jiménez, Samuel. *Planeación del Desarrollo y Análisis de Gestión en la Administración Pública*. México, Editorial UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie I: Estudios de Derecho Económico, Núm. 16. y Editorial PAC, S. A. 1986.

Zabludovsky Gina, *Intelectuales y Burocracia. Vigencia de Max Weber*. Anthropos, México, 2009.

Zúñiga Elena, Envejecimiento de la población de México reto del siglo XXI, CONAPO, SEGOB, México, 2005, p.12.

## **Tesis**

Carrillo Landeros Ramiro, *Fundamentos Éticos Y Epistemológicos De La Ciencia Política Y La Administración Pública*, México, 2005, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Delucio Mejia, Gloria Patricia, *El Instituto Federal de Acceso a la Información Pública y la cultura de la transparencia en México (2003-2006)*, Tesis, UNAM, 2007.



León Berber Rigoberto, La necesidad de vincular normativamente las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo con el presupuesto de egresos de la Federación, Tesis, 2011, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Rojas Delgado, Cristina, *La política en la prestación de servicios públicos en el municipio de Melchor Ocampo: estudio de caso: período 1997-2009, México*, 2010, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Velázquez Vázquez Lucinda Elizabeth, *Gobierno Digital Como Herramienta de Mejora en la Administración Pública de México*, 2013, Tesis, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 16.

#### **Referencias y Páginas de Internet:**

Gil Villegas Francisco, Los fundamentos políticos de la teoría de la administración pública”, *Foro Internacional*, Vol. 33, N°. 1, (Jan-Mar, 1993), PP. 30. El colegio de México. México. Consultado en: <http://www.jstore.org/stable/27755751> .

Hernández Blanco Delegado del ISSSTE en Quintana Roo. Consultado en: *Programa Prevenisste llega de manera permanente*. Novedades. Chetumal Miércoles, 14 Ago, 2013, <http://sipse.com/novedades/anuncian-programa-prevenisste-de-manera-permanente-46496.html>

Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos virtual* [en línea], última actualización 2012, <<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>> [consulta: 27 de marzo de 2013].

Notimex, “ISSSTE pública presupuesto de egresos 2013”, en *El Economista*, en línea, sección sociedad, México, 23 de enero de 2013, <<http://eleconomista.com.mx/sociedad/2013/01/23/issste-publica-presupuesto-egresos-2013>>, [consulta: 27 de marzo, 2013].

Ley General de Salud, Artículo 6, última reforma 25 de enero de 2013, consultado en <http://www.diputados.gob.mx> el 27 de Marzo de 2013.

Historia del ISSSTE, consultado en:

<http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html> el 27 de Marzo de 2013.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, portal del programa “Envejecimiento saludable”, en línea, México, ISSSTE, última actualización 18 de diciembre de 2012, [http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento\\_saludable.php](http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento_saludable.php), consultado el 28 de Marzo de 2013.

Fernando Fuentes, Demógrafa explicación del envejecimiento de la población alemana, en *La Tercera*, sección mundo, [en línea] 6 de octubre de 2011, <<http://www.latercera.com/noticia/mundo/2011/10/678-397323-9-demografa-explica-envejecimiento-de-la-poblacion-alemana.shtml>>, [consultado:29 de marzo de 2013]

Consejo Nacional de Población, Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población [en línea]. México, CONAPO, última actualización, miércoles 28 de noviembre de 2012 a las 18:31:27 por Auralet Ojeda Lavin, [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos\\_Generales\\_de\\_los\\_resultados\\_de\\_las\\_Proyecciones\\_de\\_Poblacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion)>, [consulta: 29 de marzo de 2013]

Ley General de Población, 1974, consultada en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>

Acuerdo ACDO.SA1.HCT.241110/362.P.DPM, Consultado en línea:

<[http://www.imss.gob.mx/acuerdos/TextoAcuerdo.asp?id\\_acuerdo=6868](http://www.imss.gob.mx/acuerdos/TextoAcuerdo.asp?id_acuerdo=6868)> el 28 de Marzo de 2013.

Real Academia de la Lengua Española consultado en línea:

<http://lema.rae.es/drae/?val=trasnparencia>

## **Artículos de periódico**

Toribio Laura, "IMSS lanza plan para envejecimiento sano", en Excélsior sección: Nacional, México, 11 de enero de 2012.

## **Documento Institucional**

- Manuel de presentación del Programa Envejecimiento Saludable.
- Anuario estadístico ISSSTE 2011.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 39.
- Programa de acción específico 2007-2012 Envejecimiento, Secretaria de Salud, primera edición, México, DF, 2008.
- Comunicado sobre la situación de pobreza multidimensional de los adultos mayores, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Dirección de Información y Comunicación Social, 27 de agosto de 2010, p.1
- Numeralia de los adultos mayores en México 2012, Cárdenas Varela Cesar Luis, Instituto Nacional de Geriatria.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México 2012.
- Memoria Institucional 2007-2009, Instituto de Geriatria, Primera edición, México, 2009, p.35

## **Artículos de Revistas Especializadas**

Moreno Castillo Yolanda del Carmen y Verjan Vargas Paula Berenice, Programa Envejecimiento Saludable, Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas, 2009, número 14, p. 207 -211.

Soberon Acevedo, Guillermo, El Sistema Nacional de Salud, Revista de Administración Pública, número 69-70, 1987, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Alcántara, Gustavo "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad" en *Sapiens*. Revista Universitaria de Investigación, Año 9, No. 1, junio 2008, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Venezuela.

## **Conferencias**

Blanco Campero Edgar Jaime, Gerontecnología, Filosofía y Neoliberalismo, Ponencia, Revisada en: Memorias del Primer Congreso Nacional de Gerontología, UAEH, Octubre de 2010, p.72.

Chesnais, La evolución de las determinantes demográficas de los cambios en la estructura por edades de la población, Primera Conferencia.