



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 78
MEXICO ORIENTE.**

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y DEMOGRAFICAS DEL
ENVEJECIMIENTO SANO ACTIVO EN EL CENTRO DE ATENCION
SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS**

PRESENTA:

MARIO TOLEDANO SILVA

**ADSCRITO A LA UMF 70 AYOTLA DELEGACION 15 EDO MEXICO DEL IMSS.
DIRECCION: FRACCIONAMIENTO JOSE DE LA MORA S/N AYOTLA EDO DE MEXICO
CORREO ELECTRONICO: dr.mtoledano@hotmail.com**

ESTADO DE MEXICO ORIENTE

2015



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.

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y DEMOGRAFICAS DEL
ENVEJECIMIENTO SANO ACTIVO EN EL CENTRO DE ATENCION
SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

MARIO TOLEDANO SILVA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

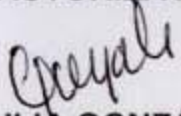
**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS
DEL ENVEJECIMIENTO SANO ACTIVO EN EL CENTRO DE
ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIO TOLEDANO SILVA

AUTORIZACIONES



DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 78 IMSS

DR. M.C. VÍCTOR MANUEL AGUILAR

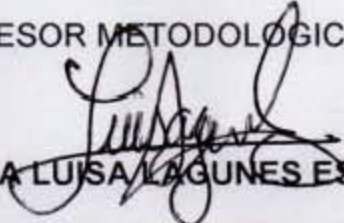
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION DELEGACION
NORTE DEL D.F.

ASESOR DE TEMA DE TESIS

DR. M.C. VICTOR MANUEL AGUILAR

COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION DELEGACION
NORTE DEL D.F.

ASESOR METODOLOGICO



DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

RESUMEN

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y DEMOGRAFICAS DEL ENVEJECIMIENTO SANO ACTIVO EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

M.C. Víctor Manuel Aguilar, Coordinación Auxiliar Medica de Investigación Delegación Norte D.F., Dra. Laura Angélica Bazaldua Merino, Directora, CASSAAMToledano Silva Mario, Alumno del Primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales

INTRODUCCION

El envejecimiento como característica de todos los seres vivos tiene modificaciones morfológicas y fisiológicas que difieren del hombre y de la mujer que se ven marcadas por características genéticas, geográficas y sociales que impactan en su salud.

Como elemento importante de la consolidación estratégica e instrumental se crea el centro de atención a la salud de las y los adultos mayores (CASSAAM) por el instituto mexicano del seguro social como modelo idóneo para desarrollar conocimiento, experiencia y capacitación donde a través de una área de valoración y un área de envejecimiento activo, se da atención integral al adulto mayor.

OBJETIVO

Identificar las características sociodemográficas del envejecimiento sano activo en el centro de atención social a la salud de los adultos mayores.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. El universo de trabajo serán todos los adultos mayores que acuden al Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos mayores. La información obtenida se concentrará en una hoja de cálculo para poder elaborar el análisis estadístico de la misma, utilizando el programa SPSS o un equivalente.

Palabras clave: características sociodemográficas, envejecimiento sano activo.

INDICE

1. Antecedentes (Introducción y Marco teórico)	PAG 3
2. Planteamiento del problema	PAG 17
3. Justificación	PAG 18
4. Objetivos específicos	PAG 19
5. Hipótesis	PAG 20
6. Metodología	PAG 20
7. Resultados	PAG 23
8. Discusión	PAG 38
9. Conclusiones	PAG 42
10. Referencias bibliográficas	PAG 44

MARCO TEORICO

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas generadas como consecuencia del tiempo sobre los seres vivos.

El envejecimiento demográfico se define como un proceso de cambio de la estructura por edad de la población caracterizado por el aumento en el número y porcentaje de personas en edades avanzadas (60 años y más)

La vida se ha aumentado significativamente y la natalidad ha disminuido en México de hecho se ha incrementado el número de habitantes con problemas de envejecimiento que presentan procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. El crecimiento demográfico de los adultos mayores que en la actualidad registra tasas inéditas (de alrededor de 3.7%) 2008, continuara acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.6% durante la tercera década del presente siglo, su tamaño aumentara de menos 8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050. Los mayores incrementos se registrarán entre 2020 y 2050.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajusto la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad.

la CONAPO en el 2002 estima que, la esperanza de vida aumentaría de 74.0 años(71.5 para los hombres y 76.5 para mujeres)en el 2000,a 76.6 años (74.9 hombres y 79.1mujeres)en el 2010, y a 79.8 años (77.5 hombres y 82.1 mujeres)en el 2030, y finalmente a 81.3 años (81.3 años hombres y 83.6 años para las mujeres) en el 2050.

El programa de envejecimiento y salud de la organización mundial de la salud aboga por un enfoque de envejecimiento saludable basándose en el plan internacional de acción de envejecimiento de Viena. Este enfoque va más allá de las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer integrando los factores estructurales, culturales e individuales así como

los biológicos, incluyendo roles sociales que conforman la identidad masculina y femenina a lo largo del ciclo vital.

La esperanza de vida de los hombres de todas las edades es más corta que la de las mujeres de casi todos los países.

La esperanza de vida del hombre sigue siendo la media entre cinco y ocho años menos que de la mujer, en la unión soviética esta diferencia ha alcanzado los 12 y 13 años en la última década.

Las estimaciones de la OMS indican que esta diferencia de género disminuirá en los países desarrollados y aumentará en los países en desarrollo, las diferencias en esperanza de vida aumentan con la edad y difieren ampliamente por regiones.

por distribución geográfica en México, se ubica en el norte del país la zona más industrializada, y la de mayor edad, el 23% de la población total que comprende los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas y el 4% en la región Oriente que comprende los estados de Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe, para 1975 la población mayor de 60 años era de 21 millones de personas (6.5 % de la población total), en solo 25 años este grupo de la población ascendió a 41 millones de personas (8.1% de la población), según proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de manera que para el 2025 este grupo será alrededor de 100 millones.

En consecuencia los adultos mayores de 60 años que representaba el 8.1% de la población total de América Latina en el año 2000 pasará a ser de 14.1 % en el 2025 y representa cerca de la cuarta parte de la población total 23.4% para el 2050. Para ese año uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona

mayor y en seis países de la región un 30% de sus habitantes tendrá más de 60 años. El incremento de las personas mayores está acompañado por la disminución de niños y adolescentes; y está marcado por un rápido envejecimiento interno debido a que la población de 75 años y más es el grupo de edad que crece más vertiginosamente. En América Latina la esperanza de vida al nacer aumento 20 años en promedio (de 50 a 70 años) durante la segunda mitad del siglo XX, y se pasó de una tasa global de fecundidad de seis a menos de la mitad en (solo) tres décadas (Chackiel,2001).

Si bien las personas de 65 años o más representaban menos del 4% de la población total en 1950 y el 5% (2008) este grupo corresponderá al 17% de la población total para el 2050, la población de América Latina es considerablemente más joven que la de Estados Unidos, en el 2000, las personas de 65 o más años representaban el 13 % de la población, mientras que el 17% de la población de Japón está compuesta por personas mayores.

Envejecimiento sano; en el sentido de establecer la frontera con lo patológico, se sabe que en el envejecimiento biológico tiene participación factores tales como la herencia, sexo, los estilos de vida, el ambiente, estado nutricional, los niveles de ingreso y educacionales, la actividad laboral desarrollada en la época activa, las condiciones de vivienda en términos de infraestructura y familiares el conjunto de estas y otras variables remiten al concepto de calidad de vida y el concepto de envejecimiento sano.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS 2002). El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y así participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades , deseos y capacidades mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesitan.

Durante el envejecimiento se observan modificaciones tanto del rendimiento físico como del sensorial, que limitan al adulto mayor y lo obligan a modificar sus actividades, en la mayoría de los casos se presentan fatiga mental y física, disminución de la memoria, de la agudeza visual y auditiva del sentido del gusto, de la capacidad de concentración, de la eficacia cardiopulmonar y de la potencia sexual entre otras (Bolaños y Sánchez Galicia, 2010). Dichos síntomas van acompañados de enfermedades crónicas degenerativas como obesidad, diabetes, hipertensión, artritis, etc. Lo cual hace más complejo el cuadro que presenta el adulto mayor. (Lozano—Cardozo 2000).

La creciente participación de la población envejecida en nuestro país, obliga a reflexionar seriamente y detenidamente sobre el panorama presente y futuro de este grupo poblacional, de forma tal de tener la capacidad de anticipar sus requerimientos y necesidades de forma integral.

Respecto a las estrategias y políticas hacia el anciano de acuerdo a la reunión sobre las medidas establecidas en la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento (2002), de conformidad con la resolución 44/1 de la comisión de desarrollo social (CDS) de las Naciones Unidas titulada “modalidades del primer examen y evaluación del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento”.

Conclusiones del congreso internacional sobre el envejecimiento activo (el libro blanco del envejecimiento activo de Andalucía). Ponentes como Alexandre Kalache del centro de políticas internacional para el envejecimiento es creador e impulsor del programa global de ciudades amigas con las personas mayores, promover la solidaridad entre jóvenes y personas mayores hay que contribuir para hacer una sociedad más solidaria y con menos barreras para un envejecimiento activo. Seguido de esto se expuso el tema de coordinación y transferencia del conocimiento para una intervención eficiente en el siglo XXI a cargo de Luis Carulla presidente de

la asociación española (AECES) resalto la importancia y ventajas de la transferencia del conocimiento entre los sectores una herramienta para evaluar los hábitos relacionados con la salud la aplicación del modelo de funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud a la evaluación de la dependencia y el desarrollo de un sistema común de evaluación de los servicios para atención a largo plazo en Europa.

Modelos Europeos sobre políticas de envejecimiento activo. Purificación Causapie directora general del instituto de mayores y servicios sociales (IMERSO) trabaja en la elaboración de un libro blanco sobre el envejecimiento activo, protección a la salud el fomento de la participación social de las personas mayores el impulso de la educación a través de la vida y fomento de igualdad entre los hombres y las mujeres.

Sebastien Proeschel representante del consejo regional de Limousine (Francia) plantea la automatización de los hogares de las personas mayores y la transferencia de los conocimientos profesionales adquiridos por estos a las generaciones más jóvenes.

Werner Korte co-director general de la sociedad para la comunicación e integración tecnológica (EMPIRICA) en la región Westfalia (Alemania) desarrollaron el concepto de economía de plata, los cuales se han aplicado también en otras regiones de Alemania, Suiza, Australia y Canadá. Consistente en programa de diseño de viviendas adaptadas a este grupo de población.

Por lo ya expuesto en México para el 2050 contara con una población de adultos mayores de 65 años y más de un 28% es decir de 36.2 millones de personas, con una esperanza de vida de 80 años de edad, aspectos que repercutirán en las familias, en las instituciones y en las organizaciones civiles que enfrentaran demanda de servicios tendientes a lograr una sociedad justa y equitativa.

Se estima que el 70 por ciento de los adultos mayores de 60 años y más carece de seguridad social y solo hay 300 Geriatras para atender a los 8.3 millones de adultos mayores que viven en México, así mismo se registra un acceso limitado de los adultos mayores a los programas de envejecimiento saludable, que tiene que ver con la salud física mental y social.

En ese sentido México tres años antes de la primera asamblea Mundial del envejecimiento desarrollada en Viena en 1982 tomo acciones a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) con un corte asistencial de programas sociales económicos y educativos. Para la segunda Asamblea sobre el envejecimiento en Madrid (2002) México participo en forma activa con la experiencia impulsando el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, promoviendo el envejecimiento activo sin discriminación alguna con instrumentos y mecanismos mediante los cuales se logre el bienestar y sean reconocidas y aprovechadas sus capacidades.

En junio del 2002 el congreso dictamina la ley de los derechos de las personas adultas mayores (INAPAM) como institución rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores.

Además México ha creado otras instancias, programas y planes dirigidos a los adultos mayores como son: el consejo consultivo ciudadano de las personas adultas mayores; un plan Nacional Gerontológico; programa nacional para la atención integral de las personas adultas mayores y programa de acción para la atención del envejecimiento 2001—2006. Lo anterior para atender a la sociedad desde distintas variantes.

El IMSS crea GERIATRIMSS. A través de punto segundo del ACDO: AS1.HCT. 260809/362. P. DPM, del 25 de noviembre de 2010, el H. Consejo Técnico aprobó el Plan Geriátrico Institucional “GERIATRIMSS”

Esto constituye una respuesta institucional organizada, ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, para brindarles una mejora en la atención de servicios de salud y responder a sus necesidades de atención médica integral.

Estas estrategias fundamentales son:

I.- Fortalecimiento del programa PREVENIMSS para el envejecimiento saludable del adulto mayor.

II.- implementación y fortalecimiento de la atención geriátrica en las Unidades Médicas del Instituto.

III.- formación y capacitación en geriatría.

IV.- desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento a través de la formación y capacitación de personal especializado.

En el 2008 se publica el decreto de la creación del instituto nacional de geriatría.

El 29 de Septiembre de 2010 se inaugura el CASSAAM “ Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores “ ubicado en la Unidad Morelos del Seguro Social que brinda a las mujeres y hombres del 60 años y más servicios interdisciplinarios de valoración integral y de envejecimiento activo para mantener, prolongar y recuperar su salud e independencia funcional.

Área de valoración: gerontología, rehabilitación, odontogeriatría, psicogeriatría, enfermería, trabajo social, nutrición, y podología.

Área de valoración de envejecimiento activo: valoración física, cognoscitiva, emocional , social, funcional y terapia ocupacional

Todos bajo una supervisión de especialistas en cada área específica y complementaria una de otra para lograr una salud integral del adulto mayor.

Como último se expone dos modelos más de atención a los adultos mayores uno el modelo americano EEUU y dos el modelo de Japón como modelo idóneo con la población más longeva del mundo.

En Estados Unidos la esperanza de vida de 1900 a 1998 aumento de 47.3 a 76.7 años siendo las enfermedades crónicas las de mayor prevalencia y riesgo de muerte además de problemas funcionales que impiden su independencia estas son por orden de importancia.

Artritis	58 %
Incontinencia	27 %
Hipertensión	26.1 %
Enfermedades coronarias	26 %
Diabetes Mellitus II	11 %

Cuando un país envejece su población de personas de 60 años y más se incrementa en relación al resto de su población.

En Estados Unidos los adultos mayores con más de 85 años no tienen ninguna dificultad en sus actividades diarias “ Mantón y Gu 2001” lo que sugiere es posible aumentar los años sin discapacidad en la tercera edad.

EL MODELO MEDICARE: sistema nacional de seguro médico para los adultos mayores. Fue establecido después de la segunda guerra mundial.

Tiene como base dar un sistema universal de seguro médico para los adultos mayores de 65 años y más que ofrece a los adultos mayores los

mismos servicios médicos privados que tienen las personas que trabajan activamente.

Y está basado en cuatro puntos , Gastos, la calidad del servicio, el acceso, y equidad y solidaridad.

1.-Gastos.- en estados unidos el sistema medico es el más caro del mundo medido tanto en función porcentaje del (PIB) como gastos por persona considerando a personas de todas las edades. En 1998 en EU el gasto fue de 13.6 % del PIB para servicios y productos médicos es el 50 % más que Canadá .

Canadá gasto el 9.5 % del PIB

Gran Bretaña el 6.7 % del PIB

A pesar del alto nivel de gasto en estados unidos no son mejores que en Canadá y gran Bretaña (Anderson y Hussey , 2001).

2.- Calidad.- se refiere a uno interpersonal y otro técnico , en la última encuesta realizada a los adultos mayores reportaba 95 % están satisfechos, 99.4 % tienen mucha confianza, y).2 % dice son competentes y bien preparados sus médicos. (U: S: HCFA 1996) Medicare depende en gran medida de los sistemas de legislación de cada estado y de las certificaciones de una organización independiente bajo condiciones establecidas por el mismo medicare.

Medicare y otros tiene el propósito de investigar acerca de las distintas normas culturales que aseguran una atención en la que el paciente se sienta cómodo y respetado o por lo menos que haya miembros del personal en cada clínica que hablen los mismos idiomas de origen del paciente la preocupación por los problemas de calidad de medicare hoy en día se refieren especialmente al uso apropiado de pruebas médicas e

intervenciones de calidad de la medicina en estados unidos , es buena en términos generales aunque hay aun problemas por resolver.

3.- Acceso.- esto implica que un adulto pueda acceder a los servicios cuando los requiera, es posible señalar que todos los hospitales y casi todos los médicos y otros servicios aceptan a medicare, facilitando con ello el acceso de los adultos mayores a casi todo el sistema medico estadounidense en su mayor parte privada. Antes de medicare el 44 % de los adultos mayores no tenía seguro médico por gastos hospitalarios y eso los enfrentaba a barreras financieras cuando necesitaban dicha atención la inclusión de servicios preventivos es un ejemplo de los efectos de cobertura y publicidad de los beneficios de los servicios.

4.-Equidad y solidaridad.- la organización mundial de la salud (WHO, 2000)

Se refiere a una distribución justa de salud, de calidad de los servicios, acceso y gastos. Una distribución justa significa que los servicios llegan a las personas con mayor necesidad médica y los gastos corresponden a los recursos disponibles lo que equivale a decir que la salud es una necesidad universal y no una mercancía de mercado donde la distribución de bienes refleja la distribución de ingresos. Actualmente medicare abarca a casi el 96 % de todos los adultos mayores, medicare no es únicamente para los indigentes puesto que al ser un derecho social es utilizado también por las clases sociales medias y altas.

En conclusión medicare nos deja una enseñanza de que no es necesario pagar mucho o gastar tanto dinero para asegurar una vejez saludable, el sistema estadounidense gasta demasiado por la tecnología más nueva y costosa en vez de poner un énfasis adecuado en la prevención de

enfermedades crónicas y tratamiento básico, así mismo su experiencia muestra que los programas públicos pueden ser más eficientes en su administración que los privados, la regulación del gobierno es esencial para asegurar la calidad de los servicios y que es importante mediarla tanto en los aspectos relación médico paciente como en los resultados técnicos, en cuanto a equidad y solidaridad los programas universales tienen el máximo apoyo público y por tanto el apoyo político que impulsa la calidad y el acceso de los servicios.

Por último el modelo de atención de salud al adulto mayor en Japón.

JAPON el país más longevo a nivel mundial con una población de personas de 65 años y más de edad de 23.63 millones que significa el 18.5 % de la población total del país que es de 127.44 millones de personas esta cifra es de octubre del 2002, que ha aumentado actualmente.

Debido a tres razones demográficas.

1.-Reducción del índice de mortalidad

2.-Disminución de nacimientos

3.-Aumento en la esperanza de vida

En 1960 había solo 144 centenarios pero 40 años después se llegaba a los 12.256, hoy casi 70 % de toda la asistencia social va dirigida a el grupo de la tercera edad.

El modelo de la creación del Sistema Kaigo Hoken tuvo su inicio en el año de 1989 con la introducción del impuesto al consumo del 3 % en 1994 la aprobación del proyecto de ley de tasa de impuesto fue del 5 % y la elaboración del plan dorado , en 1995 da inicio de la liberación sobre el sistema Kaigo Hoken para el adulto mayor , en 1996 se da el informe final de la propuesta de la creación del sistema Kaigo Hoken para el adulto mayor con el establecimiento del equipo de trabajo , con 6 audiencias en diferentes regiones del país , presentación del proyecto de ley , en 1997 se da la aprobación del proyecto de ley por el congreso nacional , en 1999 da inicio la certificación de necesidades del ciudadano y en el 2000 la ejecución del sistema Kaigo Hoken para el adulto mayor.

Mecanismo básico del sistema de seguro Kaigo Hoken

Objetivos.

Hacer un ofrecimiento global de la asistencia publica

La asunción de costos.

El asegurador.

Municipio local.

Asegurados.

Asegurado 1 persona mayor de 65 años o más

Asegurado 2 persona entre 40 y 65 años de edad

Los beneficiarios

La persona que depende de cuidados

La persona que requiere ayuda

Beneficios del seguro Kaigo Hoken. Basados en pensamientos básicos. como el beneficio estándar la participación de entidades que ofrecen servicios, servicios de acuerdo a las necesidades locales.

Tipos de beneficio.

El beneficio de cuidado (persona dependiente de cuidado)

El beneficio de prevención (persona con necesidad de ayuda)

El beneficio especial municipal. (Persona dependiente de cuidados y con necesidad.)

Manejo administrativo del cuidado.

Ofrece servicios combinados adecuadamente según la situación de la vida de la persona dependiente de cuidados.

El costo mensual según la categoría va de 61.500 yenes que abarca solo la ayuda hasta la categoría cuidado 5 con un costo de 358.300 yenes.

Beneficios de cuidados en instituciones

Institución de bienestar social

Institución de salud

Institución de tratamientos médicos y de recuperación

En cada uno de ellos según el grado de atención que ofrece la institución se clasifican por un grupo multidisciplinario y se ofrece el servicio.

Costo al usuario.

Costo del servicio de cuidado por regla gubernamental con un cargo de 10 % , existe un máximo de costo de 37.200 yenes por mes.

Gasto extraordinario al servicio del cuidado

Gasto de alimento 780 yenes gasto de peluquería y otros.

Para la planificación y ejecución del sistema Kaigo Hoken intervienen, el Gobierno en la elaboración de la línea base, el Municipio en la elaboración y ejecución del plan y por último la prefectura en la elaboración del plan de apoyo a la ejecución.

Basado en esto es que Japón con disciplina y orden además de cambio de mentalidad sin discriminación al adulto mayor , ha logrado mejorar la calidad de vida y el envejecimiento sano de su población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El grupo de adultos mayores se ha incrementado en forma importante y se espera que los próximos 50 años aumente más de un tercio de la población total, por lo que evaluar las características socio demográficas y epidemiológicas será importante para atender a este grupo poblacional que también ha incrementado la demanda de atención médica.

La composición demográfica de la sociedad ha cambiado de forma importante en los últimos años con una baja en la natalidad y crecimiento importante de adultos mayores esto como consecuencia de una mejor atención a la salud con programas de prevención en las edades tempranas pero hasta hoy poco se ha hecho de manera constante con los adultos mayores, hecho que se refleja en el aumento de la población que demanda la consulta diaria en unidades de medicina familiar.

Las características epidemiológicas que presenta el adulto mayor son diferentes y exclusivas, poco se ha estudiado como especialidad mucho menos con programas de actualización a los médicos de primer contacto y en segundo nivel además de no contar con los espacios para su atención de igual forma hay pocos médicos interesados en la especialidad (Geriatria) por lo que lleva a plantearnos cuáles serán los pasos a seguir para poder evaluar con mayor claridad a este grupo poblacional con mejoras en su calidad de vida integrada en las tres esferas con un enfoque biopsicosocial.

Esto nos lleva a preguntarnos:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y demográficas del adulto mayor que acude al centro de atención social a la salud de los adultos mayores?.

JUSTIFICACION.

El envejecimiento sano activo lleva una actitud y valores además de condiciones biopsicosociales del adulto mayor, condiciones que darán los medios necesarios para mejorar su salud. Actualmente representa el 4.0 por ciento de la población que reclama un servicio. El adulto mayor esta propenso a enfermedades crónico degenerativas y estos daños generan dependencia familiar.

Esto se puede identificar a través del conocimiento de las condiciones epidemiológicas y demográficas en las que se encuentran.

La importancia de realizar este estudio nos dará para conocer la tendencia de salud de las condiciones de salud físicas y sociales para llegar a una etapa de adulto mayor con mejores condiciones de vida .

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las características epidemiológicas y demográficas del envejecimiento sano activo en el Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Analizar las condiciones de morbilidad y discapacidad que sufre el adulto mayor mediante la recopilación de los problemas de morbilidad y tratamientos consumidos, las actividades, promoción y prevención que llevan a cabo en esta población además de la funcionalidad clínica.

Evaluar la funcionalidad física de las actividades básicas e instrumentales que realiza el adulto mayor en la vida diaria.

Determinar la funcionalidad cognoscitiva y psicológica del adulto mayor

Valorar la funcionalidad familiar y de redes de apoyo para lograr las condiciones que repercuten en el envejecimiento sano del adulto mayor.

HIPOTESIS.

A priori de común acuerdo entre los investigadores, dado que es un estudio descriptivo no se cuenta con hipótesis.

METODOLOGIA

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

El universo de trabajo serán todos los adultos mayores que acudan al Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores (CASSAAM).

El tipo de muestro es no probabilístico, tipo censo.

La unidad última de muestreo será el expediente clínico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Todos los expedientes de pacientes que acuden al CASSAAM.

Criterios de no inclusión

- Expedientes no legibles.
- Expedientes con información incompleta.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se realizara estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central a base de frecuencias y porcentajes y estadística analítica para variables no paramétricas a base de X².

PROGRAMA DE TRABAJO

Aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación, se procederá a solicitar autorización a la Directora del Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores para poder tener acceso a las fuentes de información teniendo como unidad de muestreo ultimo el expediente clínico.

Esta actividad se realizará por el investigador utilizando la hoja de recolección de datos elaborada ex profeso para ello por el investigador y asesor. La información se concentrará en una hoja de cálculo para poder elaborar el análisis estadístico utilizando el programa SPSS o un equivalente para determinar las medidas de tendencia central, porcentaje y tasas, necesarias para los datos obtenidos de cada uno de los indicadores, así mismo se realizarán tablas y figuras para la representación de dichos datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se aplicarán los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia, equidad y confidencialidad, en base a los siguientes artículos de reglamento federal y de la ley general de salud:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

RECURSOS

Para la elaboración de este estudio se requerirá de:

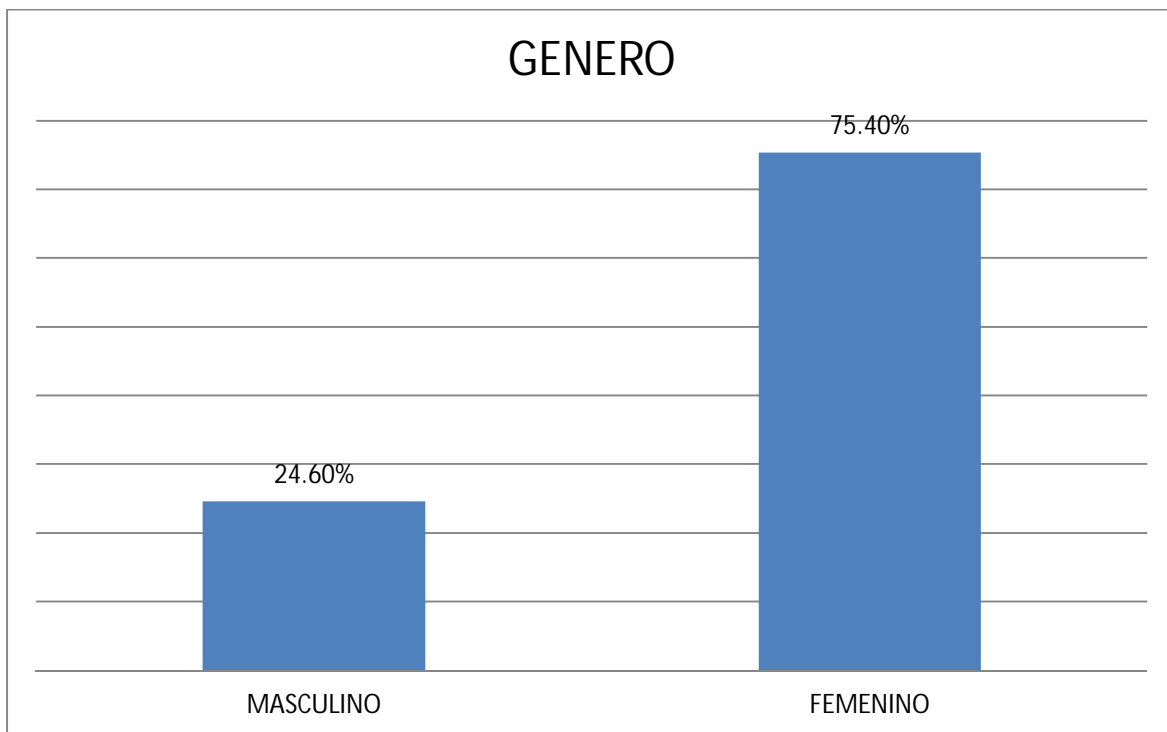
- Recursos humanos:
 - 0 - Investigador principal

- Recursos físicos:
 - Un área de trabajo en donde se pueda realizar la recolección de datos

- Recursos materiales:
 - 0 - hojas de papel bond
 - 1 - expedientes clínicos
 - 2 - un escritorio
 - 3 - recursos tecnológicos (Computadora, impresora, programa procesador de textos, Excel y SPSS).

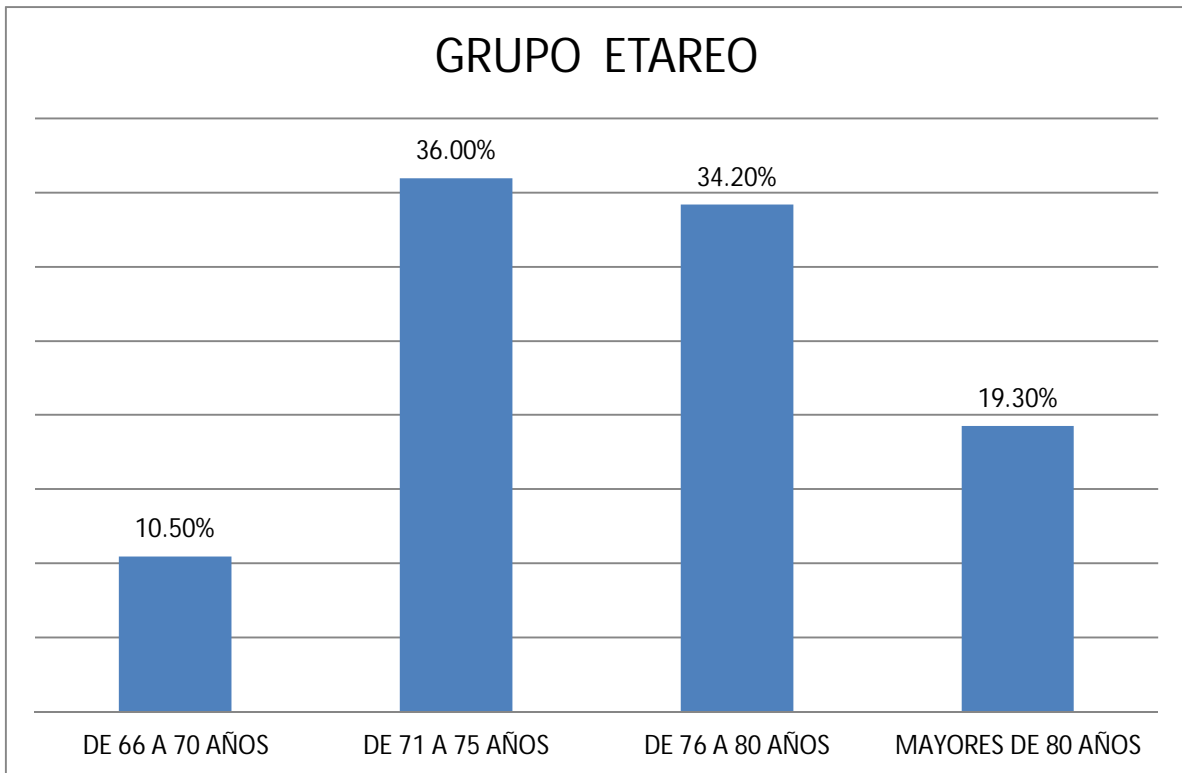
RESULTADOS.

Se realizó en el CASSAAM del periodo abril del 2011 a noviembre del 2011 se revisaron 1895 expedientes y solo 114 concluyeron todo el proceso reportándose en las gráficas siguientes.



Las tres cuartas partes del total del 100% son mujeres el 75 %

Fuente. UMF 23 IMSS Periodo de Abril a Noviembre 2011



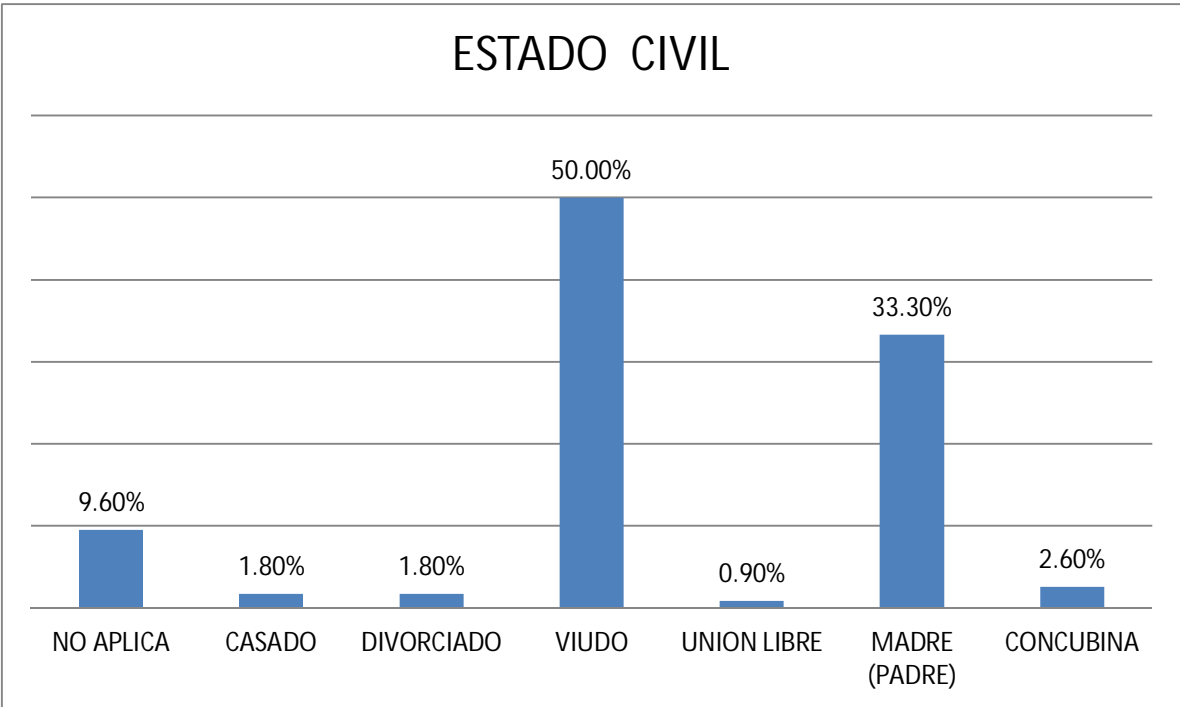
La concentracion se encuentra entre los 71 – 75 años de edad representando el 36 %

Fuente UMF 23 IMSS Periodo de Abril a Noviembre 2011



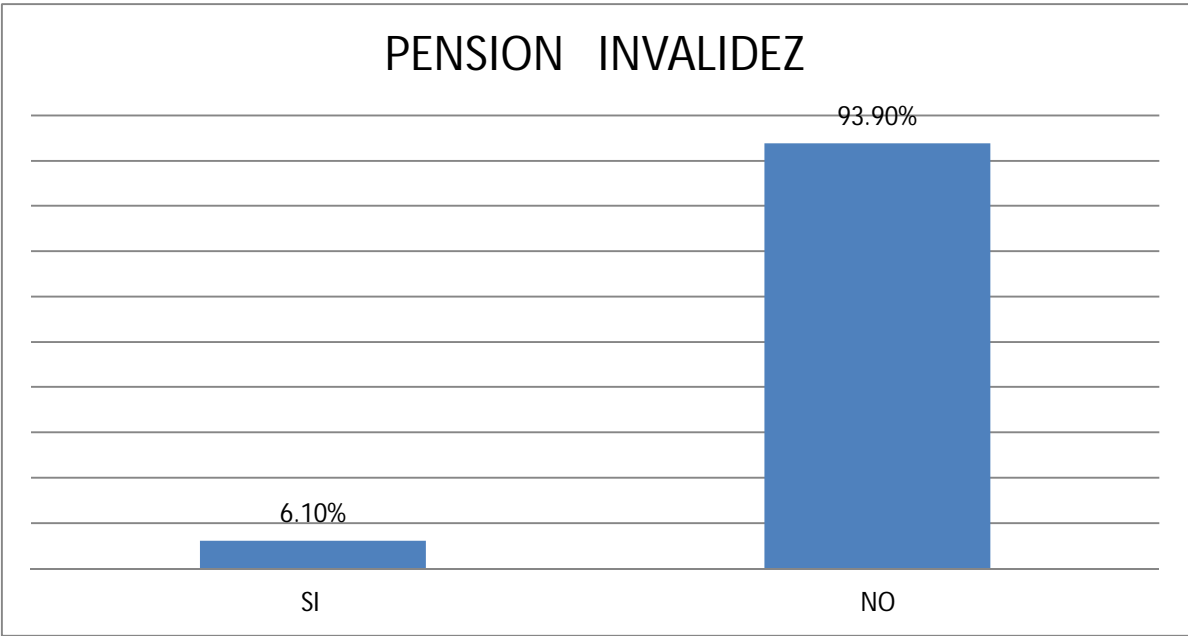
Cuenta con cuidador el 95.6 % del total y en mínimo porcentaje no lo tiene.

Fuente UMF 23 IMSS Periodo de Abril a Noviembre 2011



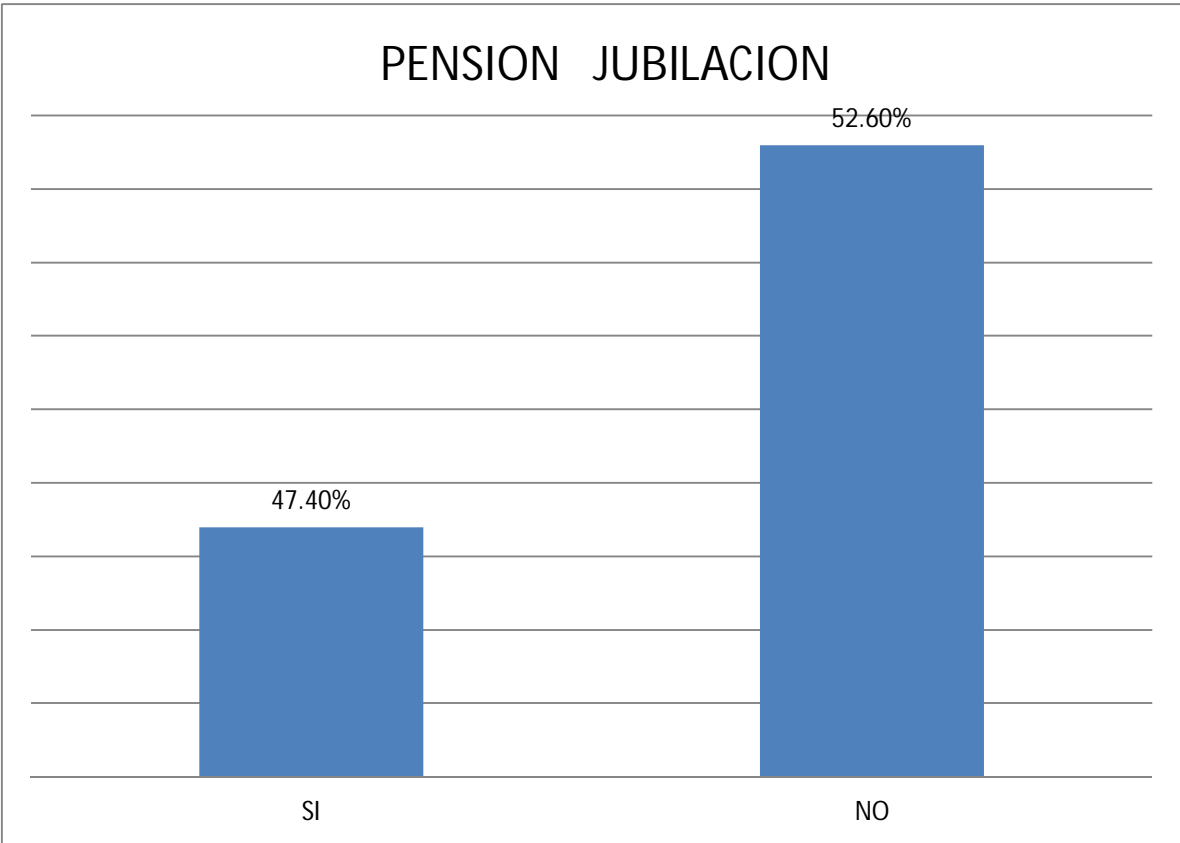
Del total el 50.0 % es viudo.

Fuente UMF 23 IMSS Periodo de Abril a Noviembre 2011



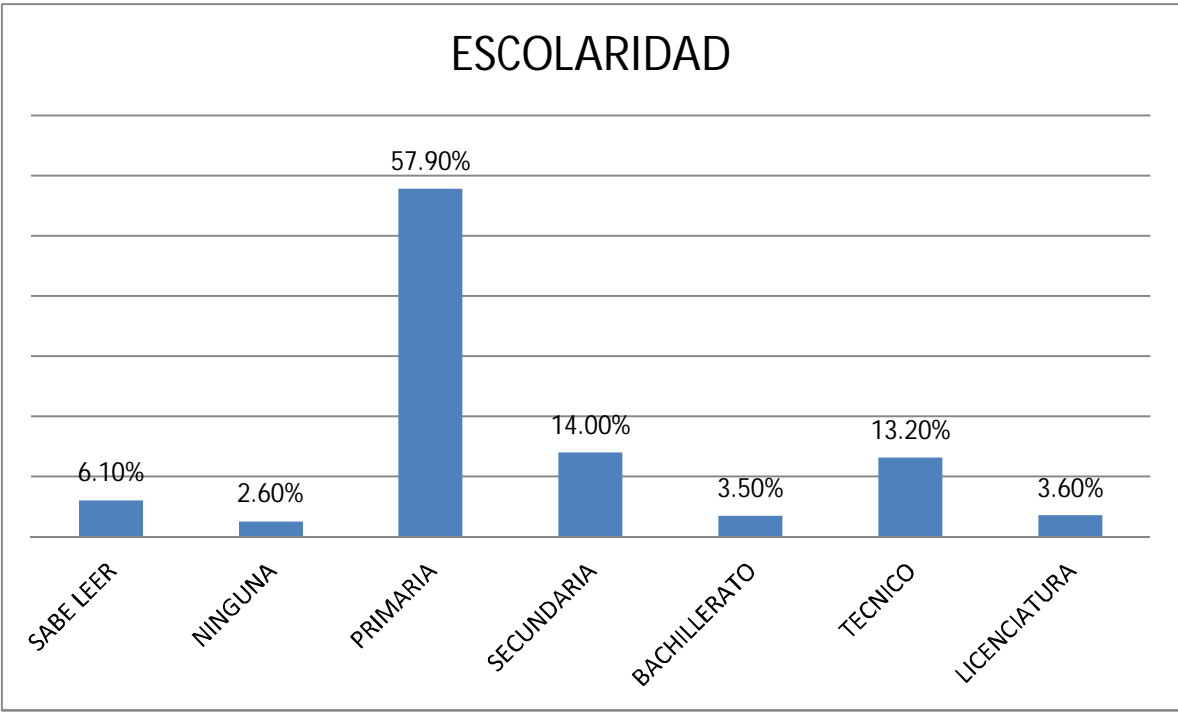
El 93.9 % tiene una pension que satisface su sustento basico.

Fuente UMF 23 IMSS Periodo de Abril a Noviembre 2011



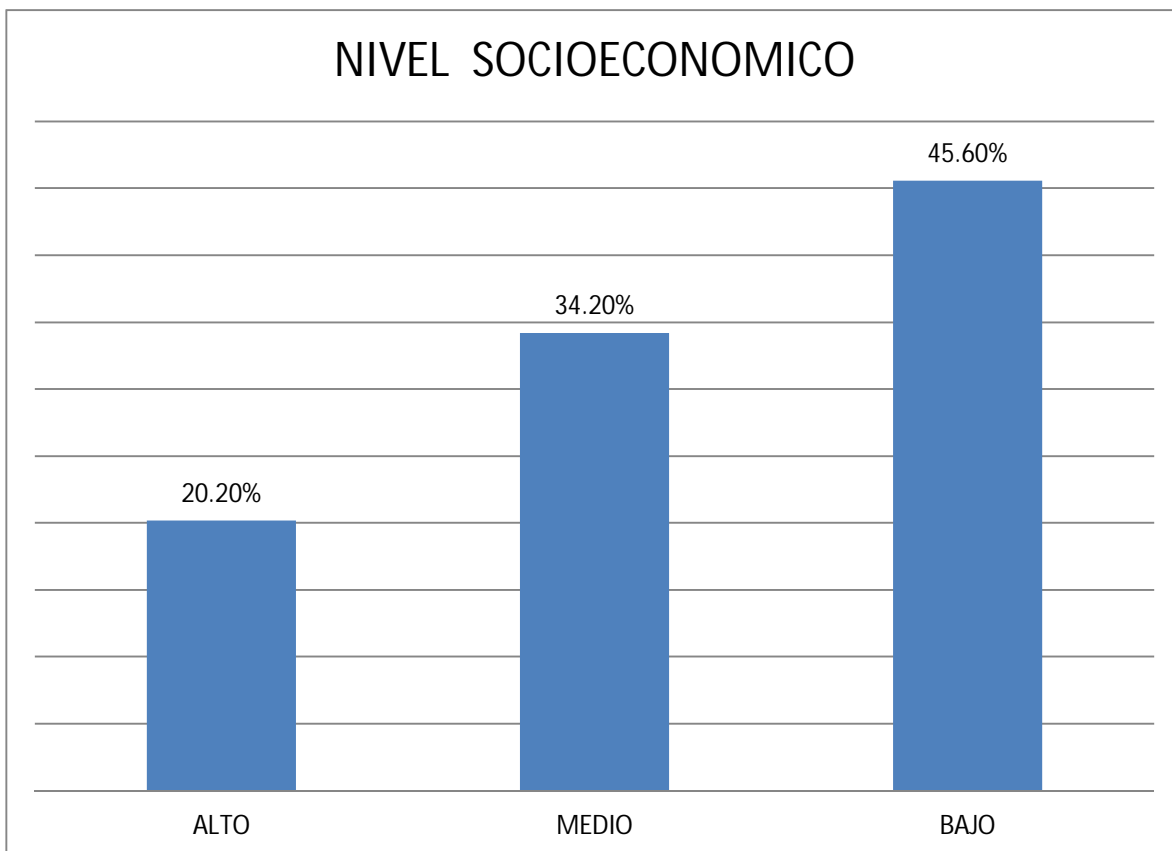
La mayoría logro una jubilacion que mejora su condicion de vida siendo el 52.6 %.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



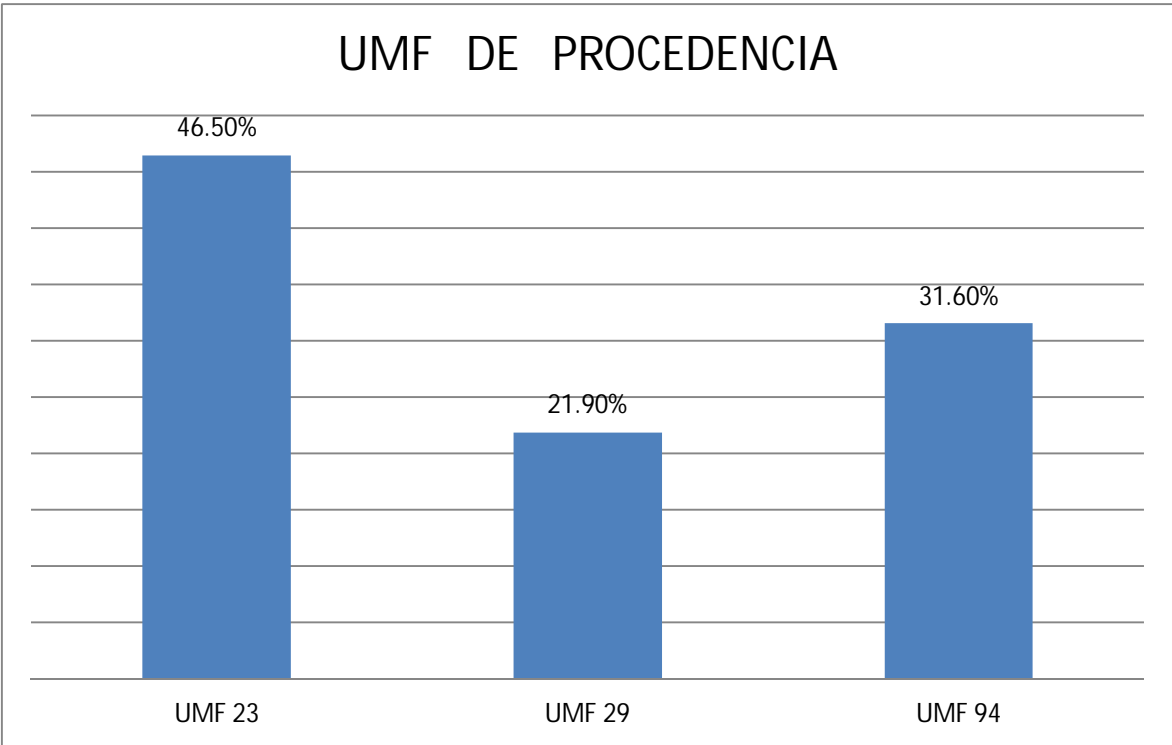
La instrucción básica es la predominante siendo de 57.9 % del total.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



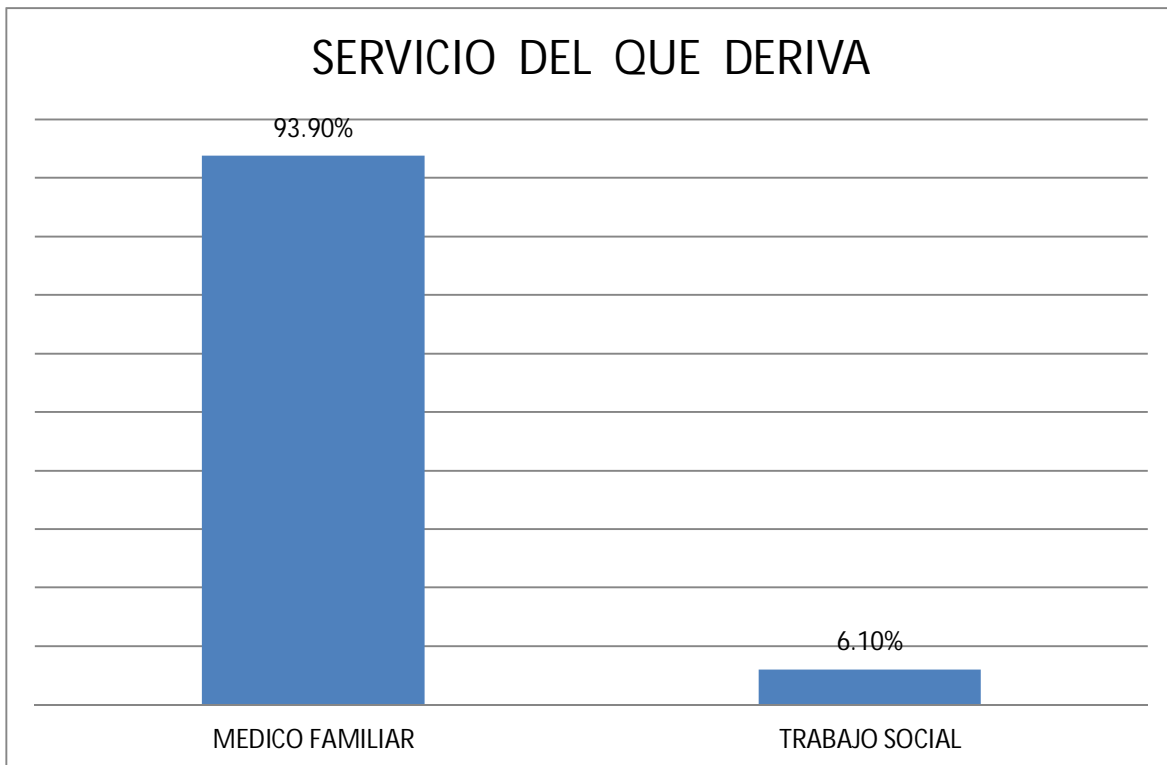
Un pequeño porcentaje logra una condición de vida digna y el 45.6 % tiene un nivel económico alto.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011

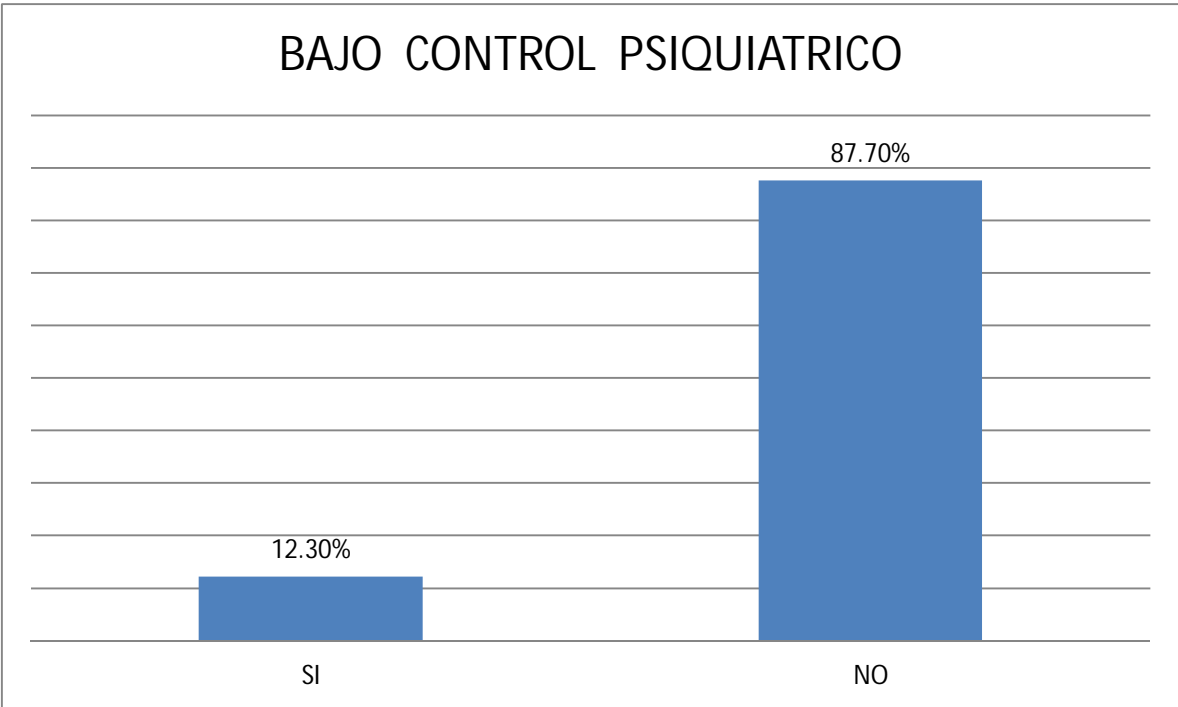


Como unidad sede la umf 23 tiene el mayor numero de envios representando el 46.5 %.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011

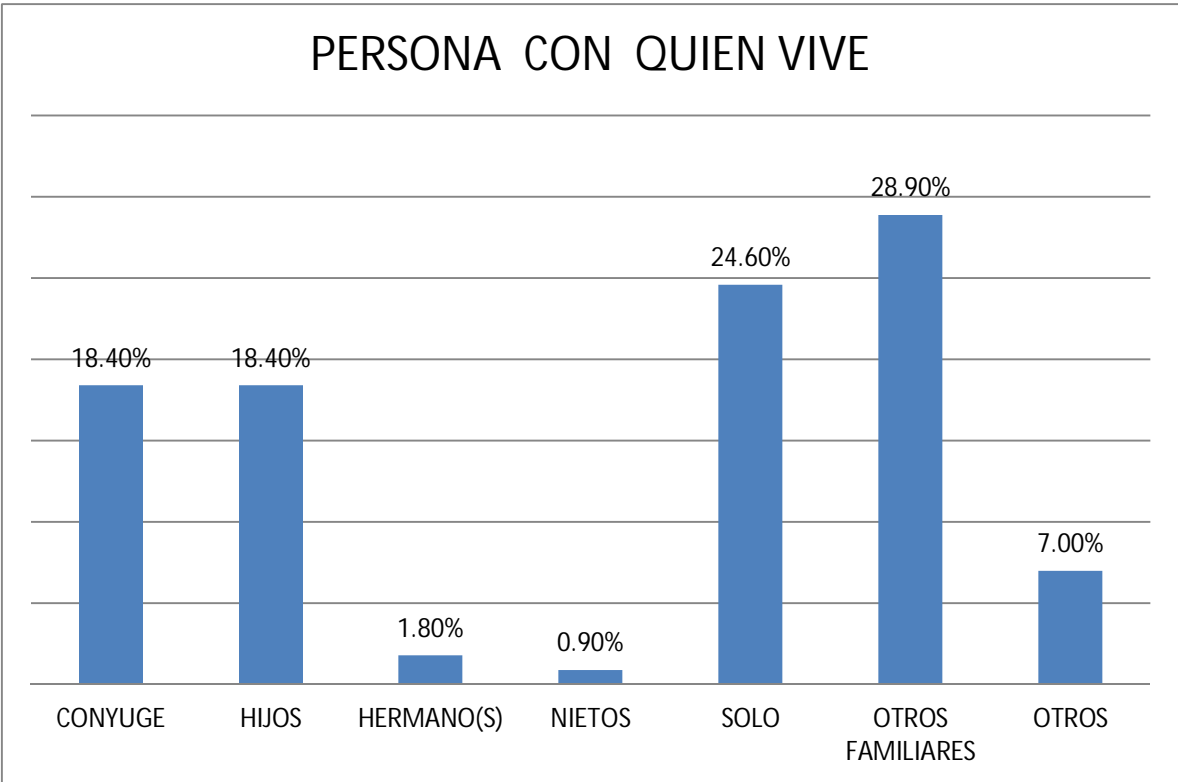


El medico familiar es el mas indicado para el envio representando 93.9 %.
Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



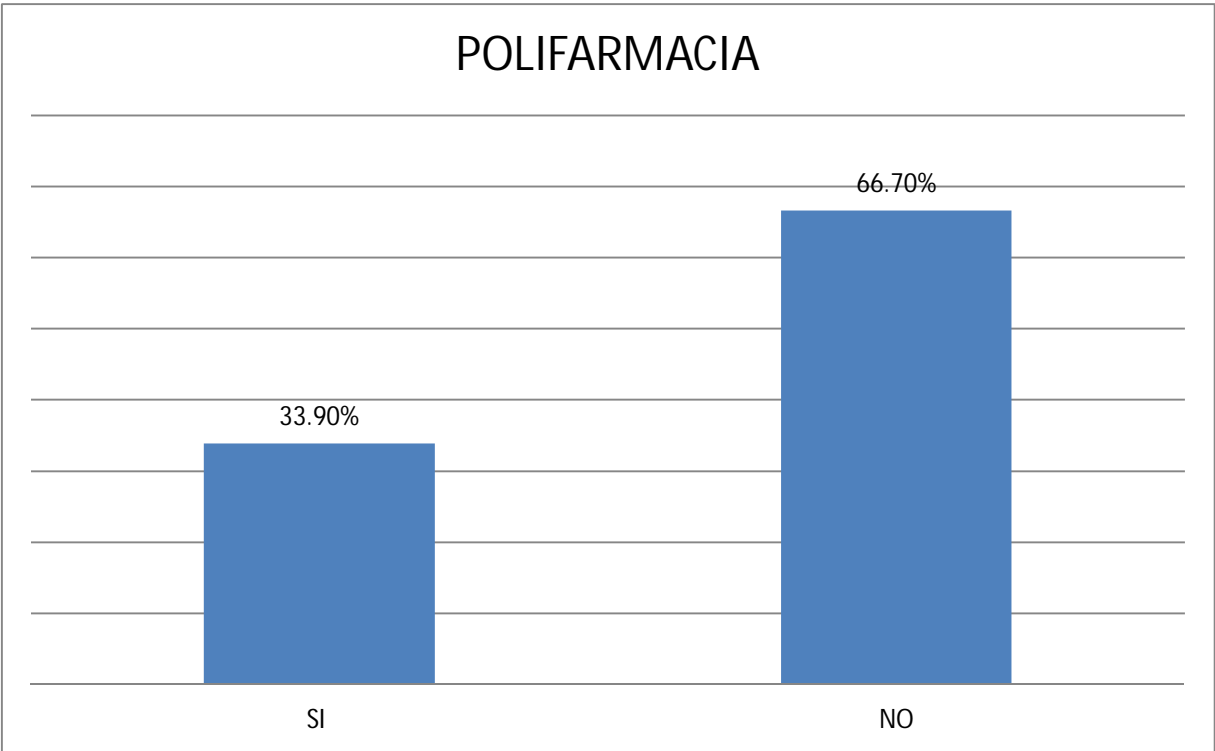
Condicionado por el abandono del que son objetos por familiares siendo el 87.7 %.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



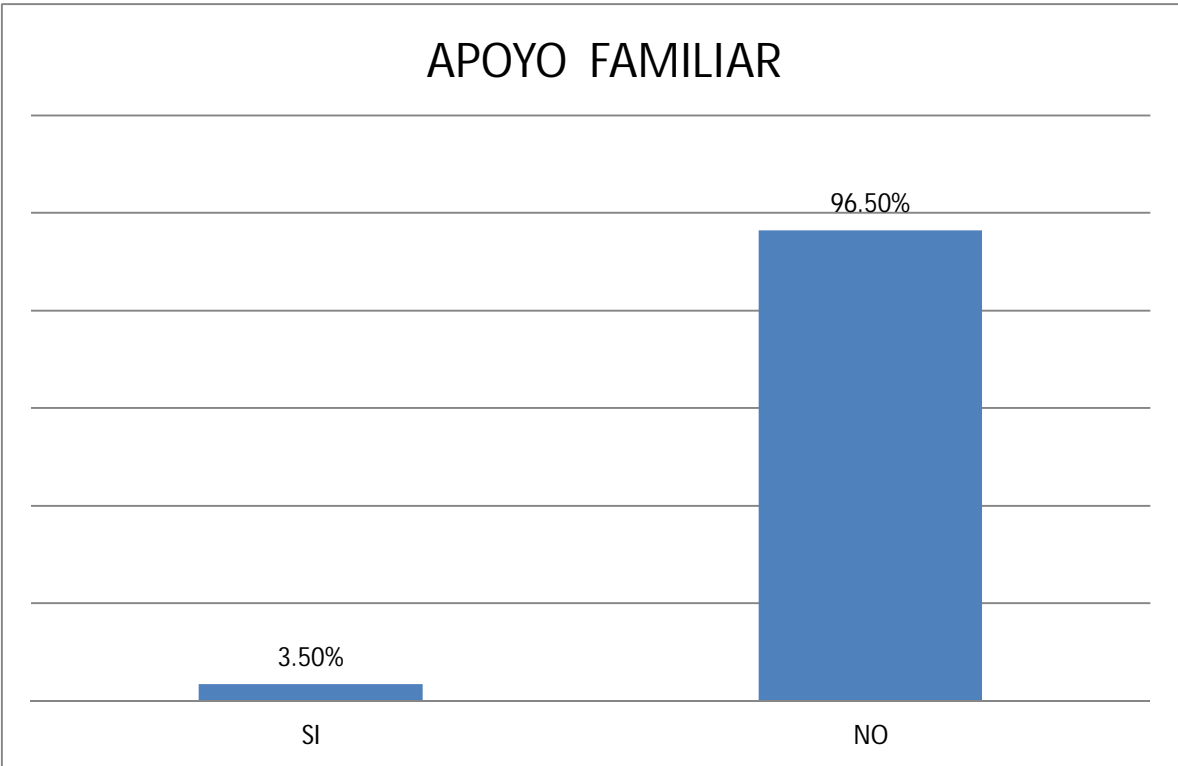
Son familiares de segundo y tercer grado ya que los hijos los abandonan representando el 28.9 % quien lo cuida y da vivienda.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011

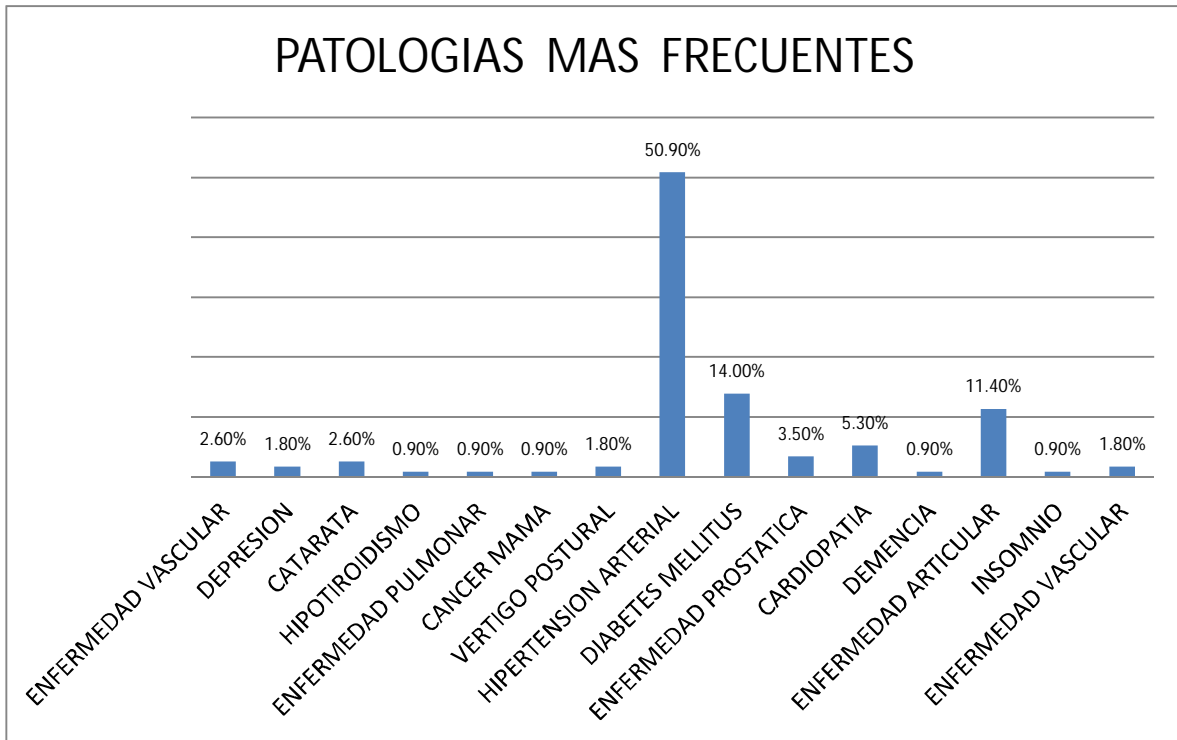


La mayoría por enfermedades crónico degenerativas representando el 66.7 %.

Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



Si lo recibe el 96.5 % y no son enviados a asilos o son abandonados.
Fuente UMF 23 IMSS periodo de abril a noviembre del 2011



La hipertension arterial y la diabetes mellitus tipo 2 ademas de artropatias son las causas mas frecuentes representando el 76.3 % del total.

Fuente: UMF 23 IMSS perioro de abril a noviembre del 2011

DISCUSION.

La observación de las gráficas anteriores son un claro ejemplo del abandono en el que se encuentran los adultos mayores tanto por los servicios de salud que ha descuidado a un grupo que va creciendo de forma exponencial con carencias en su infraestructura y en la profesionalización del personal que los atiende además del abandono del que son objetos por la propia familia esto va ligado al propio El envejecimiento demográfico que es un proceso de cambios en la estructura social, marcado por la edad de la población reflejo en el aumento en el número y porcentaje de personas en edades avanzadas (65 años y más) con una relación de 2:1 por género. mujer-hombre. La esperanza de vida ha aumentado de forma importante en todo el mundo y la natalidad ha disminuido, en México no es la excepción esto trae consecuencias con problemas y procesos de deterioro paulatino de órganos y sistemas con disminución en sus funciones asociadas en el adulto mayor el crecimiento demográfico de los adultos mayores que en la actualidad registra tasas inéditas de 3.7 % 2008 continuara acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual del 4.6% durante la tercera década del presente siglo su tamaño aumentara de menos de 8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050. Los mayores incrementos se registrarán entre 2020 y 2050. La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012 se levantó del primero de octubre al 23 de noviembre de 2012.

La ENASEM tiene el propósito de actualizar la información estadística recabada en los levantamientos anteriores (2001-2003), realizados con la colaboración de investigadores de las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin, EE.UU., sobre la población de 50 años y más en México, para que permita evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las

enfermedades y la discapacidad, en la realización de sus actividades. INEGI.

En dichas encuestas se tomó como adulto mayor a toda persona mayor de 50 años lo que contrasta con lo definido por la OMS, OPS quienes definen a adulto mayor a toda persona de 65 años y mas además de lo que es el envejecimiento sano.

La organización panamericana de la salud (OPS) en 1994 señala como adulto mayor a la persona de 65 años o más de edad.

El consejo nacional de población (CONAPO) en 2002 estima que la esperanza de vida aumentaría de 74 años en 2000, a 76.6 años, en 2010, a 79.8 años en el 2030 y a 81.3 años en el 2050. Esto va más allá de las diferencias biológicas entre hombre y mujer integrado por factores estructurales, culturales e individuales, incluyendo roles sociales que conforman la identidad masculina y femenina a lo largo del ciclo vital.

La esperanza de vida de los hombres de todas las edades es más corta que la de las mujeres en casi todos los países, la esperanza de vida del hombre sigue siendo la media de entre 5 y 8 años menos que de la mujer.

La estimación de la organización mundial de la salud (OMS) indica que esta diferencia de genero disminuirá en los países desarrollados aumentara en los países en desarrollo, las diferencias en esperanza de vida aumentan con la edad y difieren ampliamente por regiones.

La distribución geográfica en México es la siguiente la zona norte del país como la más industrializada y la más longeva con el 23% de la población total que comprende los estados de Coahuila, chihuahua, Durango, nuevo león, San Luis potosí, Tamaulipas y Zacatecas, el 4% en la región oriente que comprende los estados de Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

En América Latina para 1975 la población mayor de 60 años de edad era de 21 millones el 6.5% de la población total en solo 25 años este grupo de la población ascendió a 41 millones el 8.1% de la población.

Según proyecciones demográficas de la CEPAL para el 2025 este grupo será alrededor de 100 millones, en consecuencia los adultos mayores representaba el 8.1% de la población total de América Latina en el año 2000 pasará a ser el 14.1% en el 2025 y representa cerca de la cuarta parte de la población total 23.4% para el 2050, en América Latina la esperanza de vida al nacer aumento 20 años en promedio de 50 a 70 años durante la segunda mitad del siglo XX y paso de una tasa global de fecundidad de seis a menos de la mitad en solo tres décadas (Chackiel 2001) las personas de 65 años o más representaban menos del 4% de la población total en 1950 y el 5% (2008) este grupo corresponderá al 17% de la población total para el 2050 la población en América Latina es considerablemente más joven que la de los Estados Unidos, en el 2000 las personas de 65 o más años representaban el 13% de la población, mientras que el 17% de la población de Japón está compuesta de personas mayores.

Envejecimiento sano: Es la frontera con lo patológico se sabe que el envejecimiento biológico tiene participación factores tales como la herencia, sexo, los estilos de vida, el ambiente, el estado nutricional, los niveles de ingreso y educacionales, la actividad laboral desarrollada en la época activa las condiciones de vivienda en términos de infraestructura y familiares esto y otras variables remiten al concepto de calidad vida y el concepto de envejecimiento sano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el proceso de optimización de las oportunidades de la salud,

participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS 2002).

El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de la población y edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y así participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades mientras que les proporcionan protección seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesiten.

Esto debe ser garantizado por las instituciones de salud IMSS, ISSSTE, SSA, ISEMYN. Y todas las instituciones que presten servicios de salud a la población en general igual las instituciones privadas con personal realmente capacitado e instalaciones adecuadas.

CONCLUSIONES:

la población mexicana como todo el mundo sigue con un incremento exponencial de su población de adultos mayores, el gobierno en sus tres niveles federal, estatal y municipal no está realizando lo necesario en programas de atención a los adultos mayores con capacitación al personal que los atiende además de programas que sean manejados por profesionales de la salud, sino que en muchos casos por gente ajena con actividades meramente políticas y de lucro con este grupo de población cada vez más vulnerables, para atender a este grupo que se incrementa en número y se vuelve más frágil, que a corto plazo representa una carga no solo económica sino de cultura y bienestar familiar con repercusión en su armonía y economía.

el IMSS como institución federal y la más grande prestadora de servicios de salud ha creado el CASSAAM (centro de atención de seguridad social a las y los adultos mayores en México), 2009, una unidad piloto Unidad Morelos UMF 23 delegación 2 norte, con una visión a futuro de lo que esto representa, ha creado no solo el centro con un área específica, en superficie e infraestructura arquitectónica, áreas de valoración específica (8) con profesionales capacitados y con valoraciones semanales, sino ha modificado la capacitación a su personal encargado de la atención en unidades de primer nivel además de crear la especialización en geriatría ya que el número actual de profesionales (300 Geriatras a nivel nacional) INEGI (2012) no es suficiente para la demanda de atención además de crear estrategias que reduzcan no solo los costos sino el tiempo de espera en la consulta diaria que se da a este grupo de pacientes, modelo a seguir por demás instituciones del gobierno federal para lo cual los resultados obtenidos lo demuestran, esperando sienta precedente para continuar y

mejorar lo necesario y lograr un envejecimiento sano con los estándares a nivel internacional que marca la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un ideal del envejecimiento sano activo.

Con repercusión social con valores que se deben de cuidar y no perder en la atención del adulto mayor que dignifiquen a la sociedad en su conjunto.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3516
U MED FAMILIAR MUN 3, D.F. NORTE

FECHA 13/02/2012

LIC. VICTOR MANUEL . AGUILAR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DEL ENVEJECIMIENTO SANO ACTIVO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-7012-3516-3

ATENTAMENTE

DR.(A). TONATIHU ORTIZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3516

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Angles-Castellanos M, Becerril C, Cervantes G, Rojas-Granados A, Salgado-Delgado R, Escobar C. Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). Rev Fac Med UNAM; 54(2): 33-40. 2011.
- 2.-La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México.
Virgilio Partida Bush.
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm23.pdf>
- 3.-Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(6):448-457.
- 4.-Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Boletín Epidemiología del Sistema Único de Información. Vol. 23 (9): 4-43. Marzo 2006.
- 5.- Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS.
Noviembre 2010.
- 6.- Bayarre H, Pérez J, Menéndez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la Tercera Edad. Geroinfo. RNPS 2110; 1(3). 2006
- 7.- Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). Documento técnico.
<http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00648.pdf>
- 8.- Conclusiones del Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo. El Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía. 2010
<http://www.envejecimientoactivo.com/imagenes/comunicaciones/conclusiones.pdf>
- 9.- Villasana Benítez Susana, Reyes Gómez Laureano. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas. 1ra edición 2006.
- 10.- Programa de acción específico 2007-2012. Envejecimiento. Secretaría de Salud. Primera Edición 2008
- 11.- Guzmán María Eugenia – Prueba. Fisiopatología del paciente de edad avanzada revista mexicana de anestesiología vol.30-1, abril-junio 2007
- 12.-Nina Gramunt. Fombuena Neurosicología. Instituto de sociología Psicología aplicades (ISPA) fundación “la Caixa, 2010” vive el envejecimiento activo.

13.- Reyes Sandra, Beaman Peter, Stanford Bruce, servicios de salud para los adultos mayores en Inglaterra.

14.-Kudo Yukiko retos que deben enfrentar Japón por el envejecimiento de su población.

15.- Wallace Steven, la salud de los adultos mayores y el sistema medico en Estados Unidos. Modelo para seguir o evitar.

16.-Takahiro Eguchi, sistema de seguro Social de largo plazo (Kaigo Hoken), para el adulto mayor en Japón.

17.-Bolaños, C.H. y Sánchez-Galicia, C.E, 2010. Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores, desde la perspectiva de terapia ocupacional. México: Limusa, p. 24.

18.-Norma Oficial Mexicana, 2006. NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, México. 23 de enero de 2006.

19.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Evaluación de la calidad de vida. Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué calidad de vida? Grupo WHOQOL. En Foro Mundial de Salud, OMS, 1996.

20.-Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 37 (S2), pp. 74-105. Organización Mundial de la Salud, 2003. Organización Panamericana de la Salud. CE 44/10 ESP. Washington, D.C., 18 de junio de 2003.