



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
Maestría en Salud Pública**

**Apego de las residencias de cuidados
prolongados al adulto mayor de Pachuca con la
normatividad vigente**

PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

Esther Lizbeth Islas Cruz

Director de Proyecto Terminal

D. en C. David López Romero

Comité Tutorial

Co-Director: D. en C. Andrés Salas Casas

Asesor: D. en C. Eduardo Guzmán Ólea

Pachuca de Soto, Hidalgo. Junio 2021



Pachuca de Soto, Hidalgo., mayo de 2021

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna egresada Esther Lizbeth Islas Cruz, con número de cuenta 195096, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "Apego de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor de Pachuca con la normatividad vigente" ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en C.

David López Romero

Director

David López Romero

D. en C.

Andrés Salas Casas

Codirector

Andrés Salas Casas

D. en C.

Eduardo Guzmán Ólea

Asesora

Eduardo Guzmán Ólea





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública

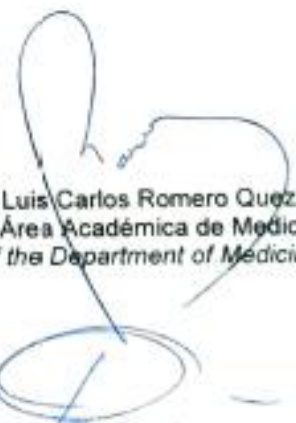
Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/114/2021
Asunto: Autorización de impresión de PPT
Pachuca de Soto, Hgo., abril 30 del 2021

C. ESTHER LIZBETH ISLAS CRUZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Apego de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor de Pachuca con la normatividad vigente"**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"


MC. Esp. Adrian Moya Escalera
Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


D. en C. E. Lydia López Pontigo
Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

AME/LCRQ/LP/MCCM/indm



Eliseo Romero/ 1804/ Nov. 400
Cof. Doctores
Pachuca de Soto, Hidalgo. C.P. 42090
Teléfono 52(771) 71 720 00. Ext. 2398
email: saludpublica@uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

DEDICATORIA

A los adultos mayores que por diferentes circunstancias se encuentran institucionalizadas, esto es por ustedes.

A aquellos cuidadores que con amor procuran mejorar día a día la vida de los adultos mayores que necesitan de ellos, a pesar de todo.

A mi bella y enorme familia, nunca me falten.

AGRADECIMIENTOS

La capacidad de ser agradecidos es una de las grandes virtudes que una persona puede tener. Ser agradecidos es lo menos que se espera para alguien que ha alcanzado algún objetivo porque cuando esto sucede significa que no estuvo solo, que hubo las circunstancias y personas adecuadas ya sea en la carrera para alcanzar ese objetivo o antes, dejando las circunstancias, capacidad o herramientas necesarias para que se logre. Es por eso que en esta grandiosa oportunidad quiero extender mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que han estado en mi vida y que de alguna u otra forma me han ayudado a formarme porque gracias a eso es que logro este paso, al fin.

A quien debo principalmente mi agradecimiento es a Dios, porque creo en Él. Porque nunca he estado sola gracias a él. Y está aquí, siempre aquí para hacerme sentir que estoy donde debo estar y que tengo misiones importantes que cumplir. Creo en ti y te agradezco por todas las bendiciones que tengo en mi vida y por darme siempre una nueva oportunidad de lograr metas, de ser mejor, de dar cosas buenas. ¡Gracias!

Si hay alguien a quien definitivamente debo agradecer por llegar aquí es a mi amado esposo Fer. Mi amor tú me impulsaste a hacer esto y siempre te lo voy a agradecer. Como siempre digo, tú iluminas mi vida y agradezco que estés siempre aquí, siempre dispuesto para apoyarme, tenderme la mano, protegerme, impulsarme y amarte tanto. La vida es impredecible, no sabemos qué va a pasar mañana o en algunos años pero por favor ten presente siempre que estoy agradecida contigo por muchas cosas, de muchas formas, y esta vez estoy agradecida por que me apoyaste para lograr esta meta y eso nunca lo olvidaré. Te amo Fer, gracias por todo mi amor.

Agradezco a mis padres quienes son el inicio de todo. Los amo profundamente y sé que nunca voy a dejar de agradecer todo lo que han hecho por mí. Siempre me han ayudado, aunque no lo pida y creo que nunca dejaré de necesitarlos. Gracias eternas mami. Gracias eternas papi.

Hermanos esto también es gracias a ustedes, ¿Qué haría yo sin mis hermanos? Son lo más importante en mi vida y los amo sin importar nada. Gracias Isi por todas las veces que me ayudaste en el trabajo para que yo siguiera en esto. Gracias Ricardo, sé que cuento contigo siempre, te amo y admiro muchísimo. Gracias Nadia, eres mi inspiración. Gracias Marthita, por nunca juzgarme y estar para mí. La vida es mejor con hermanos, y ¡yo tengo cuatro! Hacen maravillosa mi vida.

Mi agradecimiento es también para mi nueva familia por sus ánimos y buenos deseos. Los quiero y también estoy para ustedes. Gracias Irma, Patty, Yuri y Carlis.

Agradezco a mis amigos Angy, Kary, Nadia, Laura y Azu por estar dándome ánimos cada vez que hablábamos. Si yo me quejaba o estaba preocupada me ayudaron y estuvieron conmigo. Gracias amigas, las quiero en mi vida siempre.

Mis más profundo agradecimiento a mi comité de tesis por estar disponibles para cada duda y no dejar que perdiera el camino. Gracias Dr. David, usted siempre disipó mis dudas y me entusiasmó cuando perdía la fe en mí y en mi proyecto. Tengo un cariño muy especial por usted. ¡Gracias! Dr. Andrés también debo agradecerle por su apoyo, definitivamente es usted una pieza muy importante para el logro de esta meta. Gracias Dr. Eduardo, sus ideas y apoyo son fundamentales para este proyecto.

Las personas que cobran gran importancia para este logro son las y los representantes de las residencias de cuidados al adulto mayor de Pachuca. Gracias por confiar en mí y por creer que es importante la investigación para el mejoramiento y bienestar de los adultos mayores. Gracias por su participación, su apertura y su confianza.

¡Gracias!

RESÚMEN

Las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor son un elemento valioso para la sociedad y para el sector salud, son ellas quienes protegen a los Adultos Mayores más necesitados. Es por eso que deben estar en continua mejora para procurar el bienestar de sus usuarios.

A través de este proyecto se recogió información del funcionamiento y características de las residencias de cuidados al adulto mayor ubicadas en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana con la finalidad de conocer el apego que tienen con las normas mexicanas que las regulan. Esto se logró a través de listas de cotejo basadas en la NOM-030-SSA3-2013. Características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud; Y en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Esta información es valiosa pues a través de ella es posible entender cómo es que estas laboran, en qué condiciones de infraestructura, servicios que ofrecen, si existe regulación fiel y si son lugares capaces de cuidar o mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que se encuentran bajo su cuidado.

Se realizó un estudio piloto inicial en una de las residencias que aceptaron participar en la investigación y derivado de los resultados obtenidos es que se hicieron modificaciones en los instrumentos, además se evaluó a través de este estudio piloto la posibilidad de realizar las evaluaciones a través de un medio electrónico ya que debido a la pandemia de COVID-19 no hubo acceso a las residencias. Fue así que después se evaluó a cinco de las doce residencias de las que se lograron ubicar en la ciudad y periferia. Las primeras dos evaluaciones fueron aplicadas personalmente en la residencia de que se trataba, pero para las siguientes ya no fue posible, así que se hizo a través de un cuestionario electrónico de Google.

El apego que las residencias tienen con las normatividad mexicana vigente es variante entre ellas, pero en su mayoría cumplen con la normativa de una forma significativa con respecto a las listas de cotejo aplicadas, aunque independientemente de los instrumentos aplicados y del estricto conteo de respuestas, fue posible realizar un análisis más profundo que va más allá de si cumplen con un requisito o no, sino de observar la calidad con que estos puntos se realizan.

Los puntos en que se tuvo un menor apego con la normatividad es en la categoría de infraestructura, seguido de la categoría de servicios, le sigue la categoría de actividades relacionadas con la salud, después la del personal que labora en la residencia, luego la categoría de COVID-19 y finalmente la administrativa. De forma que en cuestiones administrativas es cuando más apego se tiene con las normas de acuerdo con los resultados, aunque hay algunas observaciones al respecto que se manifiestan en el apartado de resultados.

PALABRAS CLAVE:

Adulto Mayor, residencias de cuidados prolongados, normas mexicanas, dependencia.

ABSTRACT

Long-term care homes for the Elderly are a valuable element for society and for the health sector, they are the ones who protect the most needy Elderly. That is why they must be in continuous improvement to ensure the well-being of their users.

Through this project, information was collected on the operation and characteristics of the nursing homes for the elderly located in the city of Pachuca and its metropolitan area in order to know their adherence to the Mexican regulations that regulate them. This was achieved through checklists based on NOM-030-SSA3-2013. Architectural characteristics to facilitate access, transit, use and permanence of people with disabilities in establishments for ambulatory and hospital medical care of the national health system; And in the Official Mexican STANDARD NOM-031-SSA3-2012, Social Assistance. Provision of social assistance services to adults and older adults in situations of risk and vulnerability.

This information is valuable because through it it is possible to understand how they work, in what infrastructure conditions, services they offer, if there is faithful regulation and if they are places capable of caring for or improving the quality of life of older adults that are in your care.

An initial pilot study was carried out in one of the residences that agreed to participate in the research and derived from the results obtained is that modifications were made to the instruments, in addition, the possibility of carrying out evaluations through an electronic means since due to the COVID-19 pandemic there was no access to residences. Thus, afterwards, five of the twelve residences that were located in the city and the outskirts were evaluated. The first two evaluations were applied personally in the residence in question, but for the following ones it was no longer possible, so it was done through an electronic questionnaire from Google.

The adherence that residences have with current Mexican regulations varies among them, but most of them comply with the regulations in a significant way with respect to the checklists applied, although regardless of the instruments applied and the strict response count, It was possible to carry out a more in-depth analysis that goes

beyond whether they meet a requirement or not, but to observe the quality with which these points are made.

The points in which there was less adherence to the regulations are in the infrastructure category, followed by the services category, followed by the category of health-related activities, then that of the personnel working in the residence, then the category of COVID-19 and finally the administrative one. So that in administrative matters it is when more adherence is had with the norms according to the results, although there are some observations in this regard that are manifested in the results section.

Key words:

Elderly, long-term care residences, Mexican standards, dependency.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN.....	15
II.	CAPITULO I. ENVEJECIMIENTO	18
1.1	Teorías del envejecimiento	18
1.2	Conceptualización social de la vejez	20
1.3	Estereotipos hacia la vejez	26
1.4	Envejecimiento poblacional: marco internacional	27
1.5	Envejecimiento poblacional: marco nacional	29
III.	CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA Y ENVEJECIMIENTO	31
2.1	Problemas de Salud Pública relacionados con el envejecimiento	31
2.2	Acciones a nivel internacional.....	35
2.3	Acciones a nivel nacional.....	38
2.3.1	Instituto Nacional de Atención a Personas Adultas Mayores (INAPAM).....	38
IV.	CAPITULO III. ASISTENCIA SOCIAL	41
3.1	Residencias de cuidados prolongados al adulto mayor.....	41
3.1.1	Adulto mayor institucionalizado	45
3.2	Regulación de las residencias de cuidados al adulto mayor	46
3.2.1	Normatividad mexicana que regula residencias de cuidados prolongados al adulto mayor.....	47
3.2.2	Ley General de Salud	48
3.2.3	Ley de asistencia social	50
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	52
VI.	JUSTIFICACIÓN	55
VII.	OBJETIVOS	57
VIII.	HIPÓTESIS.....	58
IX.	METODOLOGÍA	59
	Diseño	59
	Población y muestra.....	59
	Variables	60
	Instrumentos	60
	Categorías	61
	Procedimiento	65

X.	RESULTADOS	67
XI.	DISCUSIÓN.....	85
XII.	CONCLUSIONES.....	91
XIII.	RECOMENDACIONES	93
XIV.	ANEXOS.....	94
XV.	BIBLIOGRAFÍA.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Principales Teorías biológicas del envejecimiento.....	19
Figura 2. Principales teorías psicosociales del envejecimiento	20
Figura 3. Evolución de la investigación del envejecimiento.....	24
Figura 4. Clasificación de la vejez por etapas según diversos autores.	25
Figura 5. Población mundial. Año 2020	27
Figura 6. Población mundial. Año 2000	27
Figura 7. Población mundial. Año 2050	28
Figura 8. Pirámide de población mexicana. Año 2000	30
Figura 9. Pirámide de población mexicana. Año 2020	30
Figura 10. Proyección de población mexicana. Año 2050	30
Figura 11. Problemas del envejecimiento por nivel relacional con el individuo.....	34
Figura 12. Política Pública sobre Envejecimiento	40
Figura 13. Residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor localizables en Pachuca	67
Figura 14. Grupos de preguntas por categoría.....	68
Figura 15. Función administrativa de residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor.....	70
Figura 16. Observaciones importantes en la visita a residencias con respecto a la categoría Función Administrativa.....	71
Figura 17. Infraestructura de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor...	73
Figura 18. Observaciones importantes en la visita a residencias con respecto a la categoría Infraestructura	75
Figura 19. Servicios que ofrecen las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor	76
Figura 20. Servicio de alimentos, vestido y calzado	77
Figura 21. Servicio médico.....	78
Figura 22. Equipamiento médico con que cuentan las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor	78
Figura 23. Actividades de salud	79
Figura 24. Actividades preventivas que se realizan en residencias de cuidados prolongados al adulto mayor	80
Figura 25. Programas que llevan a cabo las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor	81
Figura 26. Personal que labora en las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor.....	82
Figura 27. Capacitación al personal con respecto al COVID-19	83
Figura 28. ¿Considera que esta residencia cuenta con los recursos necesarios para hacer frente a la pandemia?	84

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los países están experimentando cambios en la dinámica y composición de la población.¹ Uno de los fenómenos más destacables es el envejecimiento poblacional, que se distingue por la aglomeración del bono poblacional en las edades adultas, causado por el incremento en la esperanza de vida y en la disminución de la natalidad.² El envejecimiento poblacional está fuertemente ligado a la transición epidemiológica, donde las Enfermedades No Transmisibles (ENT) de acuerdo con sus niveles de incidencia y prevalencia, han desplazado a las Enfermedades Transmisibles; esta situación aunque es factor común con muchos países del mundo, en los países subdesarrollados se suman analfabetismo, pobreza, marginación, poco apoyo social y familiar, por lo que las personas mayores se enfrentan a problemáticas diferentes de acuerdo con su posición económica y geográfica.³ La suma de estos fenómenos ha sido considerado por organismos mundiales y nacionales puesto que implica la predicción de que no sólo será (y es ya en algunos países) mayor el bono poblacional de personas mayores, sino que además estos llegarán con múltiples patologías crónicas dificultando la implementación de estrategias que apliquen y sean funcionales a nivel poblacional. En los países subdesarrollados, se espera que de acuerdo con las condiciones en que las personas envejecen, la discapacidad y por tanto necesidades de cuidados prolongados será una situación común en este grupo etario.⁴ Los Años de Vida ajustados por Discapacidad (AVAD) son nuevos parámetros para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada, asignando pesos numéricos a las muy diversas consecuencias no mortales de diferentes enfermedades y lesiones.⁵ La discapacidad no es originada sólo por enfermedades que dañan física o fisiológicamente, sino también en las personas con trastornos neuropsiquiátricos, los cuales se calcula que representa el 6.6% de discapacidad total para este sector poblacional.⁶ Las personas mayores que viven con discapacidad tienen la necesidad y el derecho de ser asistidos por terceros, puede

ser la familia, amigos o residencias de cuidados prolongados en algunas o todas las actividades de su vida diaria.

Estos cambios en la población generan nuevas necesidades que deben ser atendidas en lo social, económico, político y en los servicios de salud.

Las líneas más importantes que siguen los países para erradicar problemas de importancia mundial, son los acuerdos internacionales firmados junto con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como lo son la formulación de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), para la agenda 2020-2030 que lleva por lema “que nadie se quede atrás”. Los ODS mencionan en sus diferentes objetivos a los adultos mayores, p.e. Objetivo 1 (O1): Pobreza, Objetivo 2 (O2): Hambre, Objetivo 3 (O3): Salud. En especial el O1, en su meta 1.3 “Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables”.⁷ Sin embargo, no se hace mención específica para los cuidados de largo plazo; lo cual constituye un indicio de por qué aunque existen políticas públicas y un marco regulatorio para residencias de cuidados prolongados al adulto mayor, aún se pueden identificar irregularidades y lagunas que no permiten el mejoramiento de los servicios de asistencia social, perjudicando a su vez la salud de las personas que lo requieren.

Este proyecto gira en torno a las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor que prestan sus servicios en el estado de Hidalgo para determinar en qué grado estas instituciones se apegan a la normatividad mexicana aplicable a ellas, siendo una medida que nos da indicio de si están o no reguladas para su funcionamiento pues al tener bajo su cuidado a adultos mayores con discapacidades, enfermedades no transmisibles, fragilidad, abandono, hacinamiento y vulnerabilidad en general, se corre el riesgo de que éstas se conviertan en focos importantes de infección y otras enfermedades. Claro ejemplo la pandemia por la enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 que cobró la vida de muchos adultos mayores institucionalizados en residencias

clandestinas que no cumplían con los lineamientos básicos para prevenir contagios.⁸

Se presenta de manera inicial el estado del arte con respecto al envejecimiento como proceso, al envejecimiento poblacional y a las instituciones de cuidados a largo plazo al adulto mayor, como una forma de indagar en lo ya conocido acerca de este tipo de servicios de protección social.

Seguido de los antecedentes, se ha desarrollado el diseño de la investigación, que incluye objetivo, variables de estudio, hipótesis, y material y métodos. Este apartado define la línea que se siguió para la realización de la investigación.

El siguiente apartado es de resultados, en él se detalla la información obtenida y se presentan gráficos y tablas de los resultados más relevantes, reforzando con un análisis de los datos.

Finalmente, se presenta la discusión y las conclusiones a las que el investigador pudo llegar una vez que se analizaron los resultados y el estado del arte.

CAPITULO I. ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales".⁹ Hay diversas definiciones, pero lo que es un hecho, es que el envejecimiento es un proceso inevitable por el que todos los seres humanos han de pasar y que va desde el momento del nacimiento hasta la muerte. Con este proceso surgen muchos cambios a nivel celular, fisiológico, psicológico y social, cambios que han sido estudiados y derivado de lo cual surgen diversas teorías que intentan explicar todo el proceso, con sus diferentes implicaciones.¹⁰

1.1 Teorías del envejecimiento

Con la intención de entender el envejecimiento, se han elaborado numerosas teorías a lo largo del tiempo, las cuales se pueden diferenciar en dos categorías principalmente. Las *teorías biológicas* intentan explicar cómo envejecen los seres vivos a nivel celular y cómo el medio ambiente puede propiciar los cambios propios del envejecimiento, estas se han clasificado en dos grandes grupos: Teorías estocásticas que sugieren que el envejecimiento es un proceso de alteraciones que afectan de forma aleatoria y las Teorías no estocásticas que explican que el envejecimiento es un proceso programado y codificado genómicamente^{11, 12}. La figura 1 resume las principales teorías o las teorías "clásicas" de envejecimiento. Por otro lado, las *teorías psicosociales* surgen a partir de los años sesenta, estas teorías consideran en el proceso de envejecimiento variables importantes como lo son la actividad social, la imagen y rol social, autoconcepto, autoestima o satisfacción vital en función de su participación en la sociedad.¹³ La primera teoría al respecto es la denominada "Teoría de la desvinculación" que afirma que las personas mayores en su búsqueda de la tranquilidad tienden a reducir el contacto

y los compromisos sociales. Una teoría alterna es la “Teoría de la actividad” la cual se contrapone a la desvinculación argumentando que las personas mayores sustituyen los roles sociales que tuvieron en la vida por unos nuevos en la vejez, lo que les permite continuar activos. Otra de las más aceptadas es la “Teoría de la continuidad” que es un punto intermedio entre las dos anteriores pues sostiene que las personas mayores continuarán sus roles y contacto social en función de cómo lo han hecho en el pasado. Estas teorías se encuentran resumidas en la figura 2.¹³

Figura 1. Principales Teorías biológicas del envejecimiento

Grupo	Teoría	Autor	Resumen
Teorías estocásticas	Teoría del error catastrófico	Orgel, 1963	Con la edad surgen errores en la síntesis de proteínas, tantos que causan una catástrofe en el equilibrio homeostático causando muerte celular.
	Teoría del desgaste	Pearl, 1928	El envejecimiento es un «efecto secundario» del metabolismo.
	Teoría de radicales libres	Denham Harman, 1956	Existen fragmentos moleculares que reaccionan con otras moléculas, desorganizándolas y causando degeneración molecular, lesión celular y envejecimiento.
	Teoría del entrecruzamiento	Brownlee, 1991	Cuando los enlaces entre proteínas y macromoléculas celulares generan enfermedades y aceleran el envejecimiento.
Teorías no estocásticas	Muerte celular apoptótica	Zhang & Cols.	El proceso de mitosis en la vejez disminuye mientras que el de apoptosis aumenta, generando muerte celular programada.
	Teoría del límite mitótico	Hyflick	Los fibroblastos humanos pierden capacidad de dividirse después de cierto número de mitosis, generando envejecimiento. (<i>In vitro</i>)
	Teoría de los telómeros y telomerasa	Carol Greider y Calvin Harley, 1990	Los telómeros apoyan la transcripción del ADN nuclear, y cuando se vuelven demasiado cortos para permitir una nueva división celular se observa el fin de la capacidad mitótica <i>in vitro</i> .

Fuente: Elaboración propia basada en: Rocha Durán L. 2013. Y Miquel J. 2006.

Figura 2. Principales teorías psicosociales del envejecimiento

Teoría	Autor	Resumen
<i>Desvinculación</i>	E. Cumming y W. E. Henry	Desvinculación o separación de la persona mayor con la sociedad. Disminución de contacto y de roles.
<i>Actividad</i>	Neugarten, Havighurst y Tobin	Las personas mayores cambian sus roles pasados por nuevos, es tiempo de mayor actividad. Esto le permite a las personas tener mayor contacto y actividad en la sociedad.
<i>Continuidad</i>	Atchley	Las personas mayores continúan sus roles, contacto y actividades según como lo hayan hecho a lo largo de la vida.

Fuente: Elaboración propia basada en García Martín MA. 2003.

La comprensión del envejecimiento, sus mecanismos y las implicaciones que tiene favorece el mejoramiento en atención en salud y a nivel preventivo. El estudio del envejecimiento seguirá siendo un tema interesante y de gran importancia en lo científico pues aún falta mucho por saber.

1.2 Conceptualización social de la vejez

Un concepto relacionado al envejecimiento es la *vejez*, que debe entenderse como una etapa de la vida, consecuencia del proceso de envejecimiento. Tal concepto (vejez) ha ido evolucionando a través del tiempo. Los momentos históricos en que se ha investigado y como se ha conceptualizado el envejecimiento y la vejez, se pueden distinguir en tres fases: 1. Fase de arranque en la investigación sobre envejecimiento. 2. Fase de desarrollo de desarrollo en la investigación del envejecimiento 3. Fase de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento.¹⁴

1. Fase de arranque en la investigación sobre envejecimiento

No basta con mencionar a los estudiosos que escribieron acerca del envejecimiento de manera científica, es importante reconocer otras formas de comunicación en que se hablaba acerca de la vejez, como lo es el **Antiguo testamento**, en donde se hace mención en repetidas ocasiones de la sabiduría de los más viejos, como ejemplo basta mencionar el libro Números en la creación de consejo de ancianos como un mandato divino: *"Entonces dijo Yahvé a Moisés: Elígeme a setenta varones de los que tú sabes que son ancianos del pueblo y de sus principales, y tráelos a la puerta del tabernáculo... para que te ayuden a llevar la carga y no la lleves tú solo"*. La forma en que se considera a los viejos en el Antiguo Testamento demuestra que en esta época las personas mayores eran consideradas sabias y valiosas con una posición importante y de respeto en la sociedad. Con respecto a la **Cultura Griega**, hay dos corrientes importantes a considerar, la platónica y la aristotélica. Para Platón llegar a la vejez es una virtud puesto que las personas alcanzan la máxima prudencia, juicio, y responsabilidad. Además le confiere a las personas mayores labores sociales importantes y de gran valor. Por otro lado, Aristóteles en su retórica hace mención de la vejez como una etapa de debilidad, deterioro y ruina. Con estas dos corrientes como influencia, otros autores toman una postura al respecto, como Cicerón que siguiendo la corriente Platónica hace mención en su obra Cato Maior de los adultos mayores como personas a las que se tiene que dirigir con respeto y veneración y no con compasión o prejuicios; Cicerón además menciona que las personas mayores que llegan a la madurez y sabiduría en esa etapa es porque durante toda la vida han ejercido estas cualidades y no como un hecho general y automático para toda persona que envejece, así como el grado de actividad y contacto con la sociedad; estas ideas concuerdan fuertemente con la teoría psicosocial de continuidad. Horacio por su lado es más apegado a la corriente Aristotélica como se observa en su obra Ars poetica, donde asegura que la vejez no es una etapa culminante de felicidad y realización, sino como una fatalista y de espera de la muerte. No es posible dejar de lado la **Cultura Romana** que fue muy poderosa y perduró por un largo período, incluso perdura hasta nuestros tiempos de muchas formas, una de ellas a través de leyes. Para esta época, las personas

mayores tuvieron muchos cambios, yendo desde el momento en que son importantes consejeros y tomadores de decisiones hasta ser pobres y mendigos. A diferencia de la época actual, en la de los Romanos la mayoría de adultos mayores eran varones, situación atribuida al gran número de muertes maternas post parto; este hecho es la razón por la cual había numerosos matrimonios entre hombres mayores y mujeres muy jóvenes. Otro punto importante de la cultura romana fue la figura jurídica del “*Pater familia*”, figura que contenía un poder ilimitado pues era de la figura masculina que derivaba el parentesco, además de tener el derecho desde el nacimiento de la patria potestad, de manera que la figura del anciano fue siendo odiada por su poder tiránico. Con respecto a la **Edad Media**, es posible distinguir dos etapas fundamentales: La *Baja Edad Media* en la que San Agustín en su obra *Confesiones* dignifica la imagen del hombre y de la ancianidad, mencionando que en esta etapa se espera que las personas alcancen el equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos. Y la *Alta Edad Media* en que Santo Tomás de Aquino afianza la idea aristotélica del declive en la vejez como una etapa de decadencia y altamente estereotipada bajo la idea de que las personas mayores adquieren comportamientos como avaricia posesiva, aislamiento y desconfianza. La **Época Renacentista** es tal vez una de las más violentas hacia la vejez y más aún hacia las mujeres ancianas, pues se rechaza por completo todo lo que representaba como decrepitud, decadencia y fealdad, al contrario, se enalteció la juventud, la belleza y perfección. Es posible distinguir tres bloques de representantes de la época: El bloque de autoridades humanistas y renacentistas como Erasmo de Rotterdam, Shakespeare, F. Bacon, L. Vives y F. Pérez de Oliva. El bloque procedente de la tradición popular parapsicológica como Martín de Castañega, Pedro Mexía y P. Sánchez Ciruelo. Finalmente el bloque representado por lo médico-científico representado por grandes figuras del Siglo de Oro Español como Huarte de San Juan y M. Sabuco.

Este periodo de arranque está en definitiva marcado por el surgimiento de la Geriátrica como disciplina en 1909. Éste término fue utilizado por primera vez por Nascher quien es considerado el padre de la investigación médica de la vejez.¹⁵⁻¹⁷

2. Fase de desarrollo en la investigación sobre envejecimiento

Esta fase está principalmente marcada por el inicio de estudios psicosociales del envejecimiento de forma científica y el nacimiento de la Gerontología.

Se considera que en 1835 se inauguró la investigación científica en Gerontología con la publicación “Sur l’homme et le développement de ses facultés” de Quetelet. En esta publicación Quetelet realiza manifestaciones importantes como la propuesta de realizar investigaciones altamente rigurosas, no generalizar mediante comprobaciones aisladas y destacó la importancia de considerar influencias biológicas y sociales en el proceso de envejecimiento. Además realiza fuertes críticas a investigaciones anteriores argumentando que no se realizaron comparativas por edad, incitando a la investigación de la psicología del desarrollo. Siguiendo las propuestas de Quetelet, Galton realiza investigaciones en las que intenta determinar los cambios en las funciones motoras y de los procesos mentales más elevados, destacando la importancia de repetir estas pruebas a lo largo de la vida, de modo que se inician así los estudios longitudinales. En 1929 Rivnikov introduce el término gerontología. A partir de estos sucesos comienzan a crearse círculos científicos importantes interesados por la fisiología, sociología y psicología del envejecimiento, como en 1945 la Gerontological Society en Estados Unidos, en 1967 la Sociedad Alemana de Gerontología y en 1948 la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; en 1950 se funda la Asociación Internacional de Gerontología.¹⁸

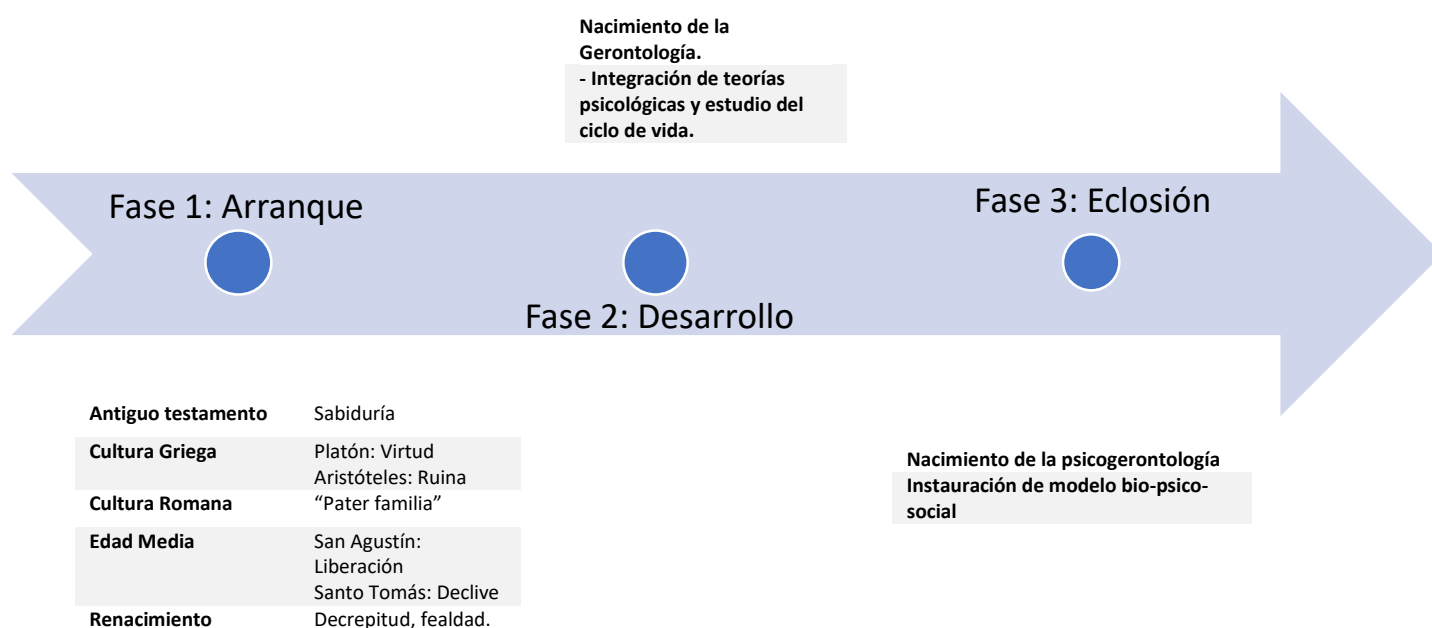
3. Fase de eclosión en la investigación sobre envejecimiento

En esta tercera fase, la investigación sobre envejecimiento ya tiene mayores aportaciones en lo psicológico y social. Es en esta fase que se constituye la Psicogerontología.

Se considera a Hall como el primero psicogerontólogo pues en su libro “Senescence” de 1922 se presenta el primer estudio psicológico sobre la investigación en vejez. Intentó eliminar a través de sus investigaciones estereotipos que se tenían de la vejez. En 1928 Miles funda en la Universidad de Stanford el

primer instituto dedicado a investigación sobre problemas del envejecimiento. A partir de los años setenta se reconceptualiza el estudio de la vejez consolidándolo como un modelo bio-psico-social. Con base en este nuevo modelo, el estudio del envejecimiento se vuelve interdisciplinar involucrándose médicos, psicólogos, sociólogos, juristas y arquitectos. Finalmente la Gerontología se ha posicionado como ciencia gracias a la gran cantidad de estudios longitudinales y generacionales generados por la psicogerontología.¹⁸

Figura 3. Evolución de la investigación del envejecimiento



La vejez ha sido categorizada cronológicamente de diferentes formas de acuerdo con la percepción de diversos autores como se resume en la figura 4 pues a través de las investigaciones que a lo largo del tiempo se han realizado, se ha observado que las personas no envejecen de la misma forma y que hay distintas etapas en la

vejez de forma que mientras una persona puede llegar a los 80 años con múltiples enfermedades o discapacidad, otra puede llegar a esta edad con un estado de salud óptimo, independiente y activo. ^{19, 20}

Figura 4. Clasificación de la vejez por etapas según diversos autores.

Autor	Rango de edad	Denominación
<i>Brocklehursts 1974</i>	60-74 años	Senil
	75-89 años	Ancianidad
	90 y más años	Longevidad
<i>De Nicola 1979</i>	45-50 años	Presenil
	50-72 años	Senectud gradual
	72-89 años	Vejez declarada
	90 y más años	Grandes viejos
<i>Sociedad de Geriatria y Gerontología de México</i>	45-59 años	Prevejez
	60-79 años	Senectud
	80 y más años	Ancianidad
<i>Stieglitz 1964</i>	40-60 años	Madurez Avanzada
	61-75 años	Senectud
	76 y más años	Senil
<i>Organización Mundial de la Salud</i>	60-70 años	Senectud
	72-90 años	Vejez
	90 y más años	Grandes ancianos

Fuente: Tomada y modificada de Zetina, M. 1999. Y Quintanar Guzmán A. 2010.

1.3 Estereotipos hacia la vejez

Se denomina estereotipo a las ideas distorsionadas de la realidad con respecto a algo y que son aceptadas por un colectivo con difícil probabilidad de cambio, aunque no imposible, pues al ser un constructo social es posible que sea eliminado.²¹ La sociedad adquiere estas ideas influenciada de diferentes formas, como se ha plasmado en el apartado anterior, los filósofos y científicos han definido y descrito a la vejez desde diversos puntos de vista, algunos de ellos con sincero repudio a la vejez, de manera que estas ideas permean en las mentes de la población quienes adquieren una posición frente a cierta cuestión, que en este caso es la vejez.

A estos estereotipos y la discriminación dirigida a las personas adultas mayores se le denomina “Edadismos” término acuñado por Robert Butler en 1969. Los edadismos se conforman desde la infancia con esta imagen negativa de la vejez, ya que en la sociedad abundan las ideas de que la vejez es periodo de decrepitud y decadencia; ideas que en definitiva deben ser transformadas para evitar la discriminación y lograr la visualización de la vejez de forma real y diferente.²²

Esta transformación de las ideas estereotipadas de la vejez es una tarea titánica para quienes están interesados en que ese cambio suceda ya que estas ideas se transmiten en el colectivo a través de diferentes medios y en diversos espacios. Los medios masivos de comunicación son una fuerte influencia sobre el colectivo pues imponen ideas, valores y creencias. En el caso de la vejez, los discursos en estos medios ponen a la vejez como un estado de necesidad, fragilidad, de carencias económicas, psicológicas y sociales, provocando así la estigmatización y sobreprotección hacia los adultos mayores. También es promovida la Gerontofobia (miedo a envejecer) pues los adultos mayores son representados por una imagen de belleza indeseable, inutilidad y enfermedad.²³

1.4 Envejecimiento poblacional: marco internacional

La población global experimenta diferentes cambios que determinan su dinámica, como los movimientos migratorios, la mortalidad, natalidad, la esperanza de vida; cada uno de estos afecta de manera diversa como lo es en la economía, el comercio, lo social, la política. Uno de los resultados más destacables desde hace ya algunas décadas es el envejecimiento poblacional, este fenómeno se caracteriza por un incremento del bono poblacional en las edades adultas, determinado por una baja tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida.²⁴ A nivel mundial el envejecimiento poblacional es un fenómeno en marcha, con variaciones entre países, pero muy claro. Entre los años 2000 y 2050, la proporción de personas de más de 60 años a nivel mundial se duplicará, pasando del 11% al 22%. Se prevé un aumento en el número absoluto de personas mayores de 60 años de 900 millones en 2015, a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050 (Ver figuras 5,6 y 7).²⁵

Figura 5. Población mundial. Año 2020

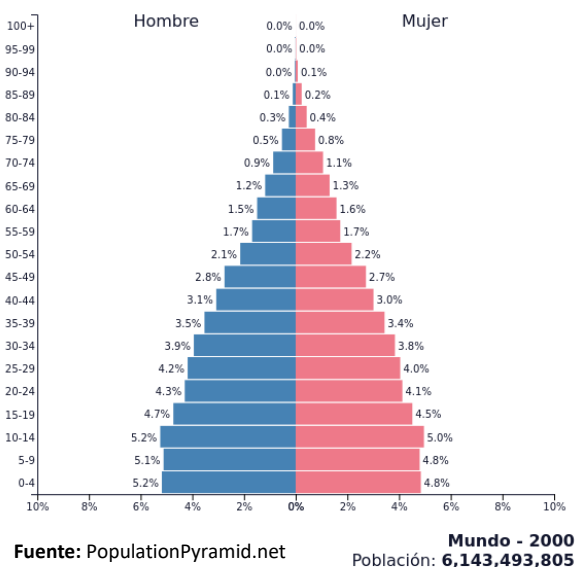


Figura 6. Población mundial. Año 2000

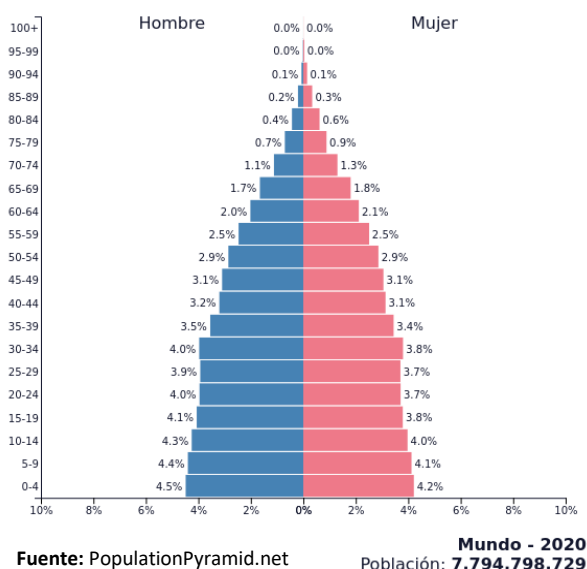
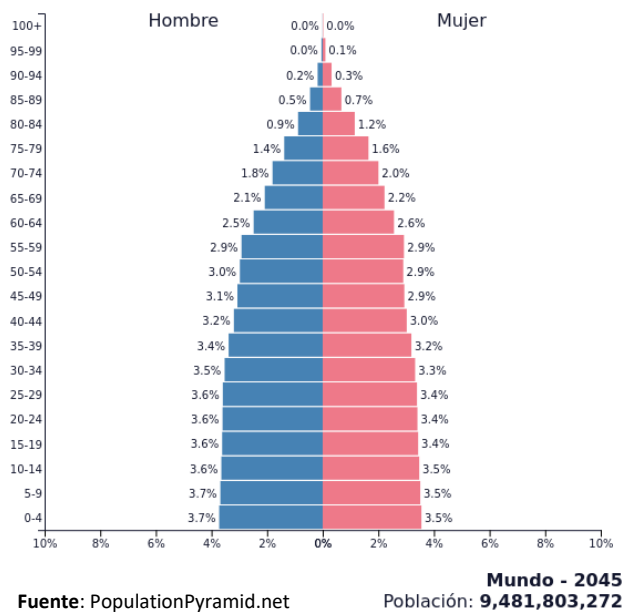


Figura 7. Población mundial. Año 2050



Si se observan las pirámides poblacionales mostradas en las anteriores figuras, es posible identificar los evidentes cambios en la composición de la población, mostrándose la baja tasa de natalidad y el incremento en los años que una persona puede vivir. En la figura 5, podemos ver la pirámide poblacional correspondiente al año 2000, donde la distribución de la población muestra la base como la parte más ancha pues son los rangos de edad con un mayor número de población, conforme avanzan los grupos etarios, la tendencia es que va disminuyendo el número de personas con rangos de edad de 20 a 59 años, y es todavía más estrecha para los rangos de edad de 60 años en adelante. La figura 6 muestra la distribución de la población en el año 2020, son veinte años de diferencia y se puede notar principalmente una disminución en la población infantil, que, aunque sigue siendo la parte más ancha de la pirámide, tiene una disminución evidente con respecto al 2000. Además, la figura empieza a perder la forma de pirámide, pues los siguientes grupos de edad son casi homogéneos y en los rangos de edad de 60-64 y 65-69 el incremento en la población con respecto al año 2000. Finalmente, en la figura 7, se muestra una proyección de la distribución de la población para 2050, donde la base

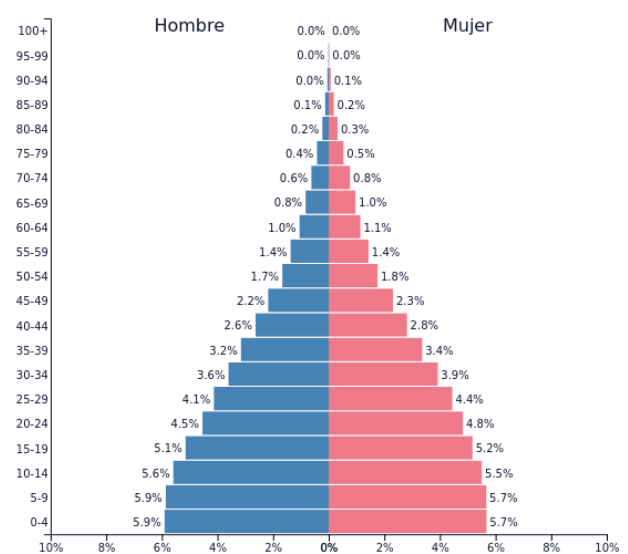
ya no es la parte más ancha, sino que es un eslabón más o menos homogéneo desde las edades 0 a 34 años, de modo que para 2050 el número de nacimientos habrá disminuido significativamente en comparación del año 2000. Además de que las edades de 60 hasta los 99 muestran un incremento significativo entre la distribución de la población de 2000, 2020 y 2050.

1.5 Envejecimiento poblacional: marco nacional

Aunque en todo el mundo se presenta el fenómeno de envejecimiento poblacional, éste se presenta de diferentes formas de acuerdo con las características propias de los países. Los países de América Latina y el Caribe, aunque iniciaron este proceso muchos años después que los países europeos, muestra un ritmo más acelerado pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo periodo de tiempo.²⁶ La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 realizada por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total.²⁷ Las cifras indican que México es predominantemente joven, aunque para el año 2030 el porcentaje de población envejecida ascenderá a 14.9, por lo que se considerará como población en transición y en 2050 será una población envejecida con 24.7 por ciento de su población en edades avanzadas.²⁸ En la figura 8 se puede observar la distribución de la población mexicana en el año 2015, siendo muy evidente la base ancha por la predominancia de población infantil y joven y con reducciones importantes en las edades de 60 años en adelante. Para 2020, la gráfica cambia significativamente teniendo una base menos ancha y una distribución más o menos homogénea hasta los rangos de edad de 25 a 29 años, además, también es notoria la diferencia entre la pirámide de 2000 y la del 2020, mostrándose diferencias significativas en la población de 50 años en adelante (figura 9). La proyección de la distribución de la población para el año 2050 pierde completamente la forma de pirámide, evidenciando los cambios en su estructura pues tiene una base más estrecha y la parte más ancha en los rangos de edad de 30 a 34 años y de 35 a 39 años; además

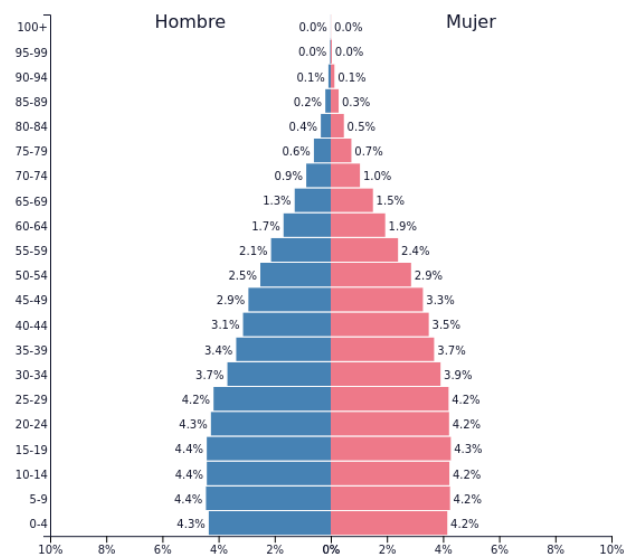
de a partir de los 70 años y hasta los 90 años, la diferencia entre la proyección de 2050 y la de 2020 es bastante significativa (Figura 10).

Figura 8. Pirámide de población mexicana. Año 2000



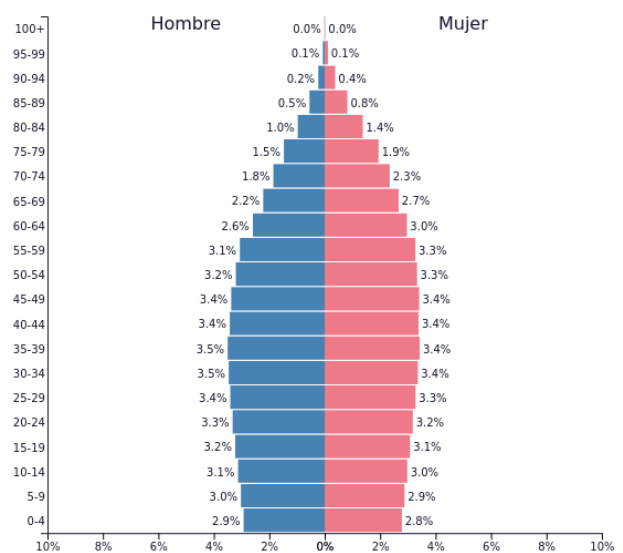
Fuente: PopulationPyramid.net
México - 2000
Población: 98,899,845

Figura 9. Pirámide de población mexicana. Año 2020



Fuente: PopulationPyramid.net
México - 2020
Población: 128,932,753

Figura 10. Proyección de población mexicana. Año 2050



Fuente: PopulationPyramid.net
México - 2050
Población: 155,150,813

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA Y ENVEJECIMIENTO

La Salud Pública tiene muchas definiciones que se han desarrollado a lo largo del tiempo de acuerdo con las posturas de diversos autores. Una definición clara es la de Gustavo Molina, quien la define como la “ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. Es sinónimo de administración sanitaria”. Winslow defiende que salud pública “es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”. Y la OMS la define como “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”.²⁹ Estas tres definiciones tienen evidentes similitudes como la prevención, protección y la participación comunitaria y son justamente esas las bases de la salud pública. Con las nuevas tendencias poblacionales, los cambios sociales y epidemiológicos es cada vez más frecuente que en los temas más relevantes de la Salud Pública se encuentren los relacionados con el envejecimiento y es que es un hecho que ya no se puede evadir, necesita acciones inmediatas para prevenir y controlar lo que ya se ve en el futuro inmediato.

2.1 Problemas de Salud Pública relacionados con el envejecimiento

Como se ha mencionado con anterioridad, el envejecimiento puede ser estudiado desde una perspectiva bio-psico-social pues el sujeto no está limitado a una sola esfera. Los elementos que interactúan con las personas durante la vida tienen influencia en su desarrollo, es así con los sujetos adultos mayores. Los factores individuales, en el nivel social inmediato y en el ámbito macro social intervienen en la salud de las personas mayores influyendo en su estado de salud inevitablemente. Así al estudiar a nivel población a este grupo etario, se pueden distinguir problemáticas específicas que por su magnitud y trascendencia se consideran como problema de salud pública.

En este apartado se analizan brevemente dichas problemáticas diferenciadas en tres niveles. A nivel individual, en el entorno social inmediato y en el ambiente macro social.

Problemas del envejecimiento a nivel individual.

Las personas envejecen de diferentes formas de acuerdo al estilo de vida y condiciones ambientales en que se han desarrollado durante la vida. Algunas de las condiciones con mayor prevalencia e incidencia en México en personas mayores son las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como Cáncer, Hipertensión Arterial, Diabetes, Demencias, Obesidad y Depresión.³⁰ Estas enfermedades contribuyen a la discapacidad y la pérdida de años de vida saludable que puede tener una persona afectando su calidad de vida. Sin embargo, algunas de estas enfermedades son prevenibles pues tienen una fuerte relación con los estilos de vida, de modo que con cambios en los hábitos de salud, es posible evitar su aparición. Las complicaciones que se suelen presentar con este tipo de enfermedades cuando no existe un buen manejo de ellas, pueden ser muy severas afectando al individuo en su forma de vida y ocasionando en muchas ocasiones una muerte prematura. En México como en el resto del mundo se analizan las posibles soluciones a las ENT y la forma efectiva de prevenirlas a través de investigación, aplicación de normas, políticas públicas e información directa a la población.

También es muy frecuente identificar en adultos mayores padecimientos que por su complejidad se han agrupado en síndromes geriátricos y que son muy comunes en personas institucionalizadas como lo es Síndrome de Caídas y Síndrome de Fragilidad. Estos síndromes además de ser muy comunes es importante pensar en las condiciones que genera, por ejemplo el síndrome de caídas está asociado a consecuencias como úlceras por presión, síntomas depresivos, dependencia e inmovilidad.³¹ Es por eso que las caídas en general y en particular de adultos mayores son considerados un problema de salud pública.

Problemas del envejecimiento en el entorno inmediato.

La familia es uno de los entornos más importantes para la mayoría de las personas y aunque suele ser un ambiente donde las personas pueden sentirse pertenecientes, con seguridad, y amadas, no siempre es así. En México, el 16% de los adultos mayores sufre de abandono y maltrato. De ellos, el 20% vive en soledad y olvidados, no sólo por el gobierno, también por sus familias.³² Algunas formas de discriminación cometidas por las y los integrantes de las familias son abuso físico, económico, sexual y psicológico, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que ponen en riesgo su persona, bienes y derechos.³³ Cuando el entorno familiar se torna violento, inseguro o ausente, las condiciones de los adultos mayores no pueden ser favorables para su bienestar general. Por eso, es importante continuar desde la Salud Pública con la promoción de ambientes familiares sanos como un elemento importante que favorezca una buena calidad de vida para los adultos mayores y demás integrantes de la familia.

Otra variable importante a considerar en esta esfera es el trabajo. Los Adultos Mayores tienen el derecho a la protección social a través de pensiones por vejez, sin embargo esto no siempre es suficiente ni se aplica en lo general. La gran cantidad de trabajos informales impide que las personas al llegar a una edad avanzada puedan gozar de esa prestación. Esta situación genera que las personas mayores estén en la necesidad de tener un empleo para sobrevivir. Generalmente este grupo etario sufre de discriminación laboral, impidiéndoles trabajar a partir de cierta edad bajo la influencia de edadismos, a pesar de que muchos de ellos tienen las capacidades y deseo para hacerlo. Y los lugares en que se les ofrece empleo no les brindan prestaciones de Ley.³⁴

Problemas del envejecimiento en el ambiente macro social.

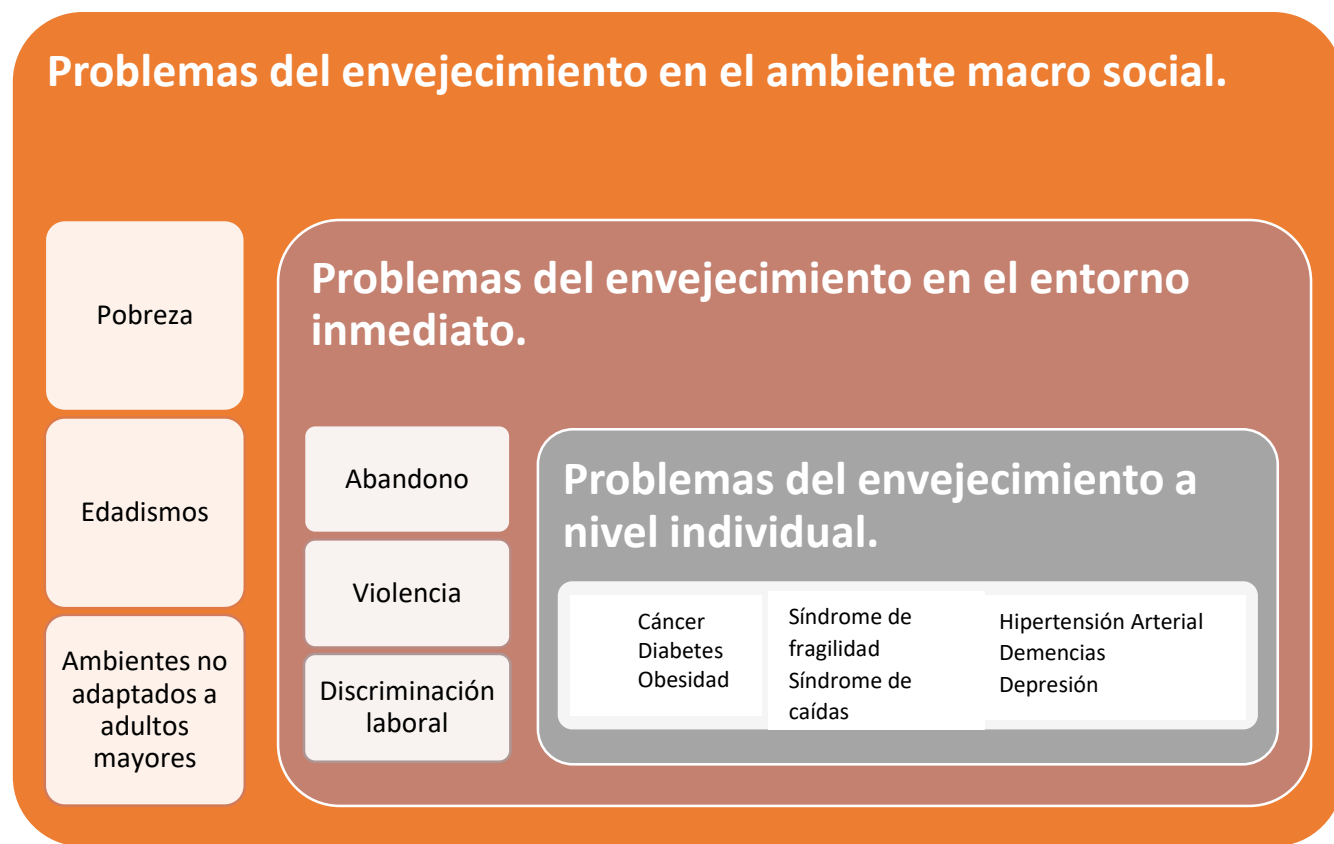
Los problemas sociales a nivel macro son distintos para cada país o región. En el caso de los México, los principales problemas sociales están asociados a pobreza, edadismos y falta de espacios adaptados a la población envejecida.

En México, se estima que la población con edades de 65 años y más que vive en situación de pobreza alimentaria asciende a 939 mil personas, de las cuales el 19.5

por ciento de esta población está jubilada o recibe alguna pensión; es decir, alrededor de 27 mil personas.³⁵ Esta es una situación preocupante en temas de política pública, pues en términos de lo documentado en el capítulo anterior, la población adulta mayor va en aumento, por lo que las problemáticas relacionadas a este sector deberían ser resueltas y la economía debe estar considerada.

Los edadismos como se verá en el siguiente capítulo marcan una línea importante de causas de problemas en la vejez. Los edadismos afectan a nivel social a los adultos mayores por su influencia en la falta de empleos a adultos mayores, relegación en lo social, discriminación en la toma de decisiones, poca consideración en la atención a la salud, entre otros.³⁶

Figura 11. Problemas del envejecimiento por nivel relacional con el individuo



Fuente: Elaboración propia

2.2 Acciones a nivel internacional

En definitiva, el envejecimiento poblacional ha sido un tema de preocupación mundial desde hace ya varias décadas pues trae consigo problemáticas que los formuladores de políticas deben considerar. Es así que, en 1982, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) organizó la Primer Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, donde los países acordaron formular y aplicar políticas para realzar la vida de los adultos mayores para que disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz con salud y seguridad. Además de estudiar las consecuencias del envejecimiento de la población con miras a lograr la plena realización del potencial de las personas de edad y a mitigar los efectos negativos.³⁴ Veinte años después, en 2002 se reunió la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en España para evaluar los progresos a partir de la Primera Asamblea y plantear nuevos retos y objetivos. Para esta segunda asamblea, el envejecimiento poblacional ya no era sólo un problema de los países desarrollados, sino que también se debían considerar a los países en vías de desarrollo. Una de las problemáticas planteadas con mayor apoyo fue la de la pobreza en la vejez, al respecto y en relación con la vivienda, es importante rescatar en el Objetivo 1, Medida f) “Vincular la vivienda asequible con los servicios de protección social para lograr la integración de las condiciones de alojamiento, la atención a largo plazo y las oportunidades de interacción social”.³¹ En esta medida se plantea la importancia de viviendas asequibles y servicios de protección social, sin embargo, no se profundiza en el tema ni se plantean esquemas para establecimientos de cuidados prolongados dignos y con funcionamiento de calidad.

En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue la primera de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en aprobar una estrategia y plan de acción sobre el envejecimiento y la salud. Durante esta 61° sesión, se determinaron los objetivos, metas y actividades regionales y nacionales a seguir con el fin de mejorar la salud de los adultos mayores y favorecer el envejecimiento saludable. Con

respecto a los cuidados prolongados, cabe destacar los siguientes objetivos, metas y actividades acordadas en dicha sesión:

Objetivo 1.2 Formulación de marcos legales y mecanismos de ejecución para la protección de las personas mayores en los servicios de cuidados de largo plazo.

Meta Para 2018: Los países de la Región habrán establecido un marco legal y normativo basado en los derechos humanos en relación con la atención de las personas mayores usuarias de los servicios de cuidados de largo plazo.

Actividades a nivel regional

1.2.1 Asesorar en la formulación y revisión de los marcos legales y los mecanismos para la protección de los derechos humanos de las personas mayores que utilizan los cuidados a largo plazo, que sean congruentes con los instrumentos de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

1.2.2 Formular y ejecutar programas de formación dirigidos a actores pertinentes para la formulación de marcos legales que incluyan la difusión y explicación de los instrumentos de derechos humanos.

1.2.3 Formular y adaptar marcos legales y mecanismos para poner en práctica estos instrumentos destinados a la protección de los derechos humanos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo.

1.2.4 Diseñar pautas y protocolos que respalden las actividades de supervisión de las instituciones que prestan servicios de cuidados a largo plazo.

1.2.5 Asignar el presupuesto y el personal adecuados a las actividades de supervisión.

1.2.6 Diseñar y llevar a la práctica un sistema intersectorial para el cumplimiento de la normativa en relación con la vigilancia de los servicios de cuidados a largo plazo que garantice el bienestar de las personas mayores.

Objetivo 3.1 Adquisición de competencias por el personal en relación con la prestación de servicios de salud de las personas mayores.

Meta Para el 2018: Todos los países habrán ejecutado al menos un programa de capacitación de los trabajadores de salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas mayores.

3.1.10 Formular y ejecutar estrategias para la capacitación continua en salud y envejecimiento de profesionales y trabajadores de salud de los diferentes niveles de atención, entre otros los servicios de cuidados a largo plazo.

Objetivo 4.1 Fortalecimiento de la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para el seguimiento y la evaluación de la atención de salud a la población mayor.

Meta Para el 2018: al menos 75% de los países usarán un sistema de vigilancia y evaluación de la salud de las personas mayores.

4.1.9 Elaborar un registro de instituciones de cuidados de largo plazo, tanto públicas como privadas.

Durante la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud se solicitó a la Directora General que elaborara, junto con los estados miembros y en coordinación con las oficinas regionales, una estrategia y un plan de acción mundiales integrales sobre el envejecimiento y la salud. En 2019, durante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, se presentó el documento Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, como respuesta a lo solicitado previamente. Con respecto a la protección y asistencia social, se menciona en el artículo 92 la necesidad de mejorar la información sobre la manera en que se estén atendiendo las necesidades derivadas de afecciones crónicas y agudas y sus comorbilidades, ya sea mediante servicios que abarquen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, o mediante sistemas más amplios de asistencia social. También deberán realizarse investigaciones para determinar en qué medida se dispone de toda la gama completa de servicios que requieren las personas mayores, y hasta qué punto son eficaces y no suponen una carga gravosa para esas personas y sus familiares.³⁵

2.3 Acciones a nivel nacional

México, como parte de los estados miembros tanto de la ONU como de la OMS, tiene la obligación de crear todas las estrategias necesarias para lograr los objetivos que en los acuerdos se determinan, es así que en 1979 se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) durante el gobierno de José López Portillo lo cual representó el primer compromiso en México con los Adultos Mayores, el INSEN creó sus programas y estrategias influenciado por organismos y acuerdos internacionales, sin embargo, a pesar de tener el carácter de institucionalidad, no tuvo gran impacto. Para el año 2000 el INSEN cambió de ser una institución del Sector Salud al de Desarrollo Social, además cambió su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), este último con muy poca aceptación, así que volvió a tener una modificación pasando a nombrarse Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) de acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores promulgada durante el gobierno de Vicente Fox Quesada, otorgándole atribuciones de órgano rector en política de vejez.³⁶ Sin embargo, el INAPAM no ha logrado tener suficiente impacto en política pública por poco presupuesto y falta de bases teórico-técnicas, lo que deja un vacío enorme y poco avance en la atención de la vejez.³⁷

2.3.1 Instituto Nacional de Atención a Personas Adultas Mayores (INAPAM)

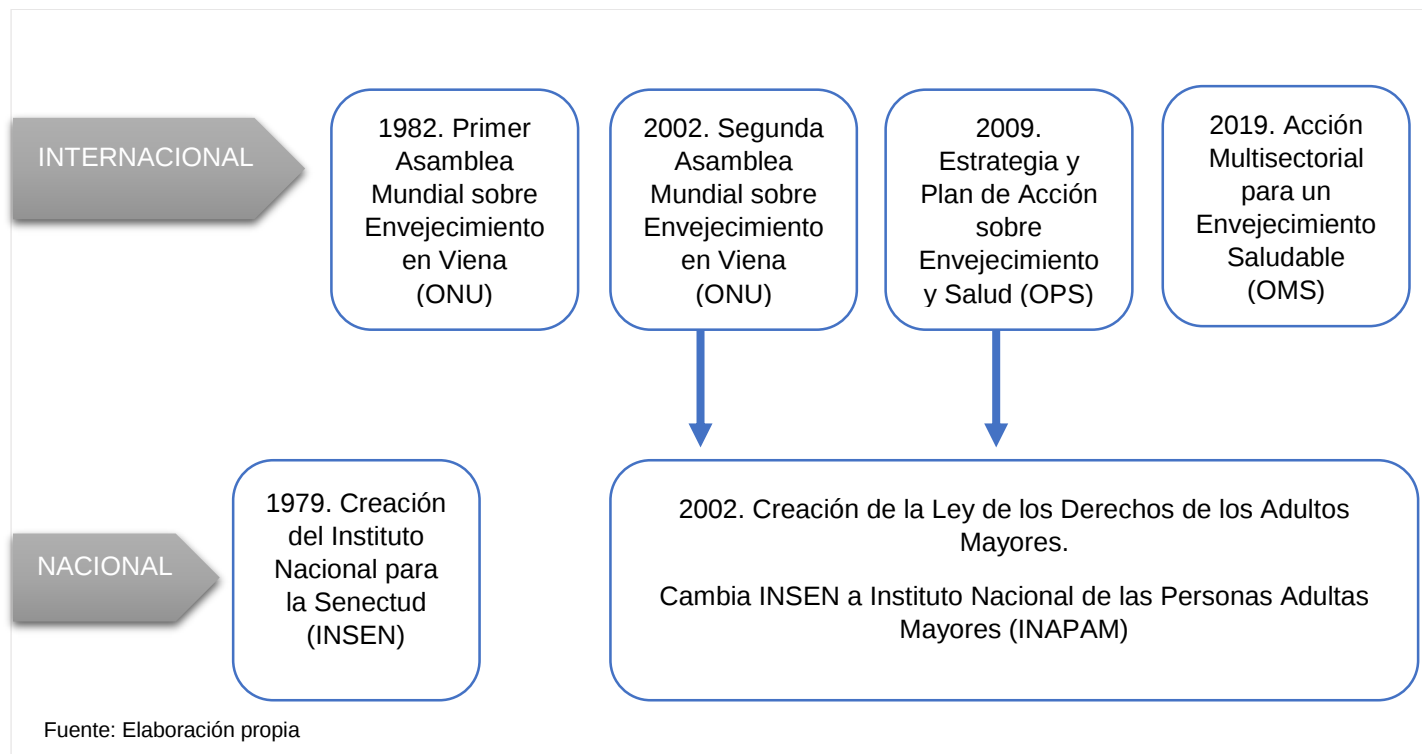
El INAPAM fue creado en 2002, derivado de la promulgación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y es la institución rectora de la política pública en favor de las personas adultas mayores.³⁸ Tiene como misión: “Promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores brindándoles atención integral para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida en el marco de una sociedad incluyente”.

Este instituto ha tenido diversos cambios en función de los alcances a los que puede aspirar. Actualmente lo rigen cinco ejes rectores: ³⁹

1. Cultura del Envejecimiento. Este eje incorpora acciones y programas encaminados a propiciar que se valore y dignifique a las personas adultas mayores, y de esta manera asegurar y ampliar la protección efectiva de sus derechos humanos.
2. Envejecimiento Activo y Saludable. Este eje está regido bajo las recomendaciones de la OMS para propiciar programas que favorezcan y promuevan el envejecimiento activo y saludable. Las acciones y programas que conforman este eje en materia de políticas públicas están encaminadas a proporcionar los medios y las oportunidades a los adultos mayores para el goce de una vejez saludable, a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación.
3. Seguridad Económica Protección Social. Las acciones y programas para este eje rector están encaminadas a promocionar la incorporación de los adultos mayores al sector laboral, así como mejorar las condiciones de autoempleo.
4. Derechos de las Personas Adultas Mayores. Este eje rector tiene programas dirigidos a garantizar la cobertura de las necesidades mínimas como salud, alimento, abrigo y vivienda.

El INAPAM tiene su origen en una Ley (Ley de Los Derechos de las Personas Adultas Mayores), lo que lo deja sustentado en un instrumento jurídico, bajo un enfoque de política social pero desvinculada de las prioridades de la política económica. Esta exclusión limita a la institución pues no cuenta con recursos suficientes que le permitan la distribución y ampliación de cobertura y ni si quiera cumplir con lo que la misma Ley le confiere.⁴⁰

Figura 12. Política Pública sobre Envejecimiento



CAPITULO III. ASISTENCIA SOCIAL

La asistencia social se define como el “Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.” Comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.⁴¹ La asistencia social se brinda a personas que por su situación física, mental o social necesitan ser asistidos para mejorar sus circunstancias, tales como niños y mujeres en situación de maltrato, explotación o cualquier otra situación que vulnere su integridad; a migrantes, adultos mayores en desamparo, maltrato o incapacidad; personas con discapacidad, indigentes, entre otros más que contempla la Ley de Asistencia Social.

La atención en establecimientos especializados a adultos mayores en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos está contemplada en la Ley de Asistencia Social como una de los servicios básicos que ésta abarca. Esto se refiere a las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor que son un servicio que se brinda a las personas en condiciones ya descritas.

La Organización Mundial de la Salud define a los cuidados de largo plazo o cuidados prolongados como “sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales o profesionales, o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma, mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”.⁴²

3.1 Residencias de cuidados prolongados al adulto mayor

Para comprender el funcionamiento de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor, debemos comenzar por indagar sobre su concepción y evolución, por lo que se relatará brevemente su historia en el mundo y en México.

En Grecia es donde se habla por primera vez de instituciones caritativas que brinden cuidados a los ancianos necesitados brindando alimentos por el resto de sus días, viendo al viejo como una figura débil y necesitada. En la época de los romanos se comienza a diferenciar la vejez como una etapa de la vida y al viejo como sujeto frágil y enfermo a quien se le sacrificaba incluso por decisión propia cuando se consideraba que ponía en riesgo la estabilidad del grupo. En la edad media, los viejos de los pueblos celtas, germanos y escandinavos tenían la opción de retirarse a un monasterio donde se encontraban entre personas de su misma edad y donde se les podían dar los cuidados que la familia ya no era capaz de brindar. Los ancianos ricos que decidían retirarse y asilarse en estos monasterios daban grandes donaciones por lo que los monasterios más grandes siguieron ofreciendo los servicios para obtener beneficios. Aquí surge el modelo de asilo para ancianos que en muchos lugares aún se encuentra vigente. El asilamiento en los monasterios sólo era un privilegio para quien pudiera pagar, de modo que las personas pobres no tenían acceso ni derecho a recibir cuidados de este tipo en su vejez, sólo bajo los cuidados que su familia le pudiera dar por lo que muchos de ellos eran abandonados. ^{43,44}

Durante la edad media la idea que gobernaba en gran parte del mundo occidental era el apego absoluto a la cristiandad generando en las personas el ideal de actuar como Jesucristo ayudando a los pobres y a los enfermos, de modo que se crearon en lo privado refugios para foráneos, casas de retiro, orfanatos y albergues y la iglesia tomó la responsabilidad de crear hospitales que tenían por lógica un sentido religioso. Todas estas nuevas instituciones ayudaron a controlar y mejorar la calidad de vida que tenían los adultos mayores, sobre todos los pobres que en una época anterior a la edad media estaban destinados a la mendicidad. ^{43,44}

Mientras tanto, en las civilizaciones precolombinas la cultura y trato para con los más viejos era más bien de respeto pues se consideraba que en esa etapa las personas eran más sabias de modo que los adultos mayores fungían como sacerdotes que aconsejaban en la toma de decisiones. Posterior a la colonización, los pueblos mesoamericanos se fusionaron con sus colonizadores adoptando la

cultura europea que en ese momento era dominada por la cristiandad. Así, en México también aparecieron los monasterios y con ellos los hospitales, refugios y asilos para vagabundos, enfermos y adultos mayores.⁴³

El ordenamiento y tipo de asistencia a los adultos mayores de aquella época no se ve muy diferenciado de la época actual pues muchas residencias de cuidados prolongados al adulto mayor siguen mostrando el mismo modelo de atención que se enfoca en cuidados asistenciales a adultos mayores dependientes aislados de la sociedad aunque por otro lado, han surgido también nuevas instituciones con modelos y conceptos muy diferentes que van cambiando de a poco el concepto de cuidados, asistencia y del viejo.

Es un hecho que la familia sigue siendo el principal entorno en que las personas ancianas viven, aunque un número importante de ellas ha visto transformado su núcleo familiar por un entorno diferente donde se le brindará al adulto mayor los cuidados necesarios que la familia ya no puede brindarle, rompiendo así la denominada solidaridad vertical, es decir, a la ausencia de redes primarias de cuidado, que han cedido espacio a la asistencia no consanguínea (solidaridad horizontal).⁴⁵

Cuando los cuidados se subrogan a instituciones especiales, se les denomina cuidados de larga estancia institucional, los cuales han evolucionado a través de la historia según las necesidades surgidas pues, aunque fueron diseñados en la primera mitad de siglo XX para pacientes psiquiátricos, con enfermedades infecciosas o indigentes, posteriormente hubo la necesidad de crear espacios dirigidos a este grupo etario para prevenir su aislamiento y proporcionarles seguridad. Junto con los cambios en las necesidades y servicios brindados para adultos mayores, destacan también las denominaciones de estos espacios, siendo los más utilizados asilo, casa hogar y residencias para adultos mayores.⁴⁶

Actualmente se le denomina “residencias de mayores” a los centros donde se asiste a personas con enfermedades crónicas e incapacidades y dependencias secundarias, frecuente comorbilidad y problemas funcionales muy complejos, muchos ingresados de forma involuntaria.⁴⁷

Por su estructura, se identifican principalmente dos clases de instituciones de larga estadía, las privadas que a su vez se subdividen en instituciones con fines de lucro y sin fines de lucro; y las públicas que se distinguen por ser sin fines de lucro como parte de los programas de asistencia social.⁴⁸ Ambas deberían cumplir con los requisitos necesarios para su funcionamiento, que en México se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad; Esta norma fue elaborada de forma interinstitucional, pero con liderazgo de la Secretaría de Salud, la cual tiene expresado el objetivo de establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.⁴⁹ Esta norma hace referencia a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013 que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud como apoyo fundamental en la vigilancia de las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor.⁵⁰

Es importante señalar que dado que no hay un registro público único y obligatorio, se tiene poca certeza sobre el número de instituciones, el tipo de servicios que ofrecen, su costo y el número de personas que atienden, así como sobre la calidad de los servicios que proveen y su impacto en el bienestar y calidad de vida de sus residentes.⁵¹ Aunque la NOM-031-SSA3-2012 sí menciona que las instituciones de asistencia social deben contar con un aviso de funcionamiento e integrarse al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social (DNIAS), mismo que fue creado para dar cumplimiento con la norma en 2004 y que es coordinado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).⁵² Estas omisiones importantes ponen en riesgo a las personas que requieren de la asistencia en este tipo de instituciones pues se carece de un sistema mediante el cual se pueda tener orden y control (en un sentido de protección a la población que ofrece sus servicios) para prevenir, cuidar y fortalecer la calidad de vida de los usuarios ya que como se reporta en algunas investigaciones, las personas institucionalizadas en residencias de cuidados prolongados se encuentran

en situaciones de estadío o en riesgo de distintos padecimientos y síndromes geriátricos como lo son caídas, depresión, úlceras por presión, deterioro cognitivo, discapacidad, malnutrición, entre otros., como se muestra a continuación.

3.1.1 Adulto mayor institucionalizado

En México existen 819 Asilos y otras residencias para el cuidado del anciano, 85% son del sector privado y 15% del sector público. Los cambios en la estructura familiar y en el trabajo provocan que las familias tengan una capacidad de respuesta limitada frente a las necesidades de apoyo a los mayores, lo que comporta el recurso al ingreso en una institución geriátrica como una respuesta social y familiar al problema.

El adulto mayor institucionalizado ha sido foco de investigación en múltiples investigaciones, tal es el caso de un estudio dirigido por Bánda-Arévalo, donde buscó identificar problemáticas en un asilo de Nuevo León, realizó Evaluación Geriátrica a 37 usuarios, obteniendo que la totalidad de la población, no cuenta con inmunizaciones, poco más de la mitad eran dependientes de acuerdo con el índice Katz, más de la mitad requerían apoyo para realizar actividades de la vida diaria de acuerdo con la escala Lawton. Casi la mitad presentaron anormalidad cognitiva según el examen minimental de Folstein. También se identificaron padecimientos o enfermedades que no se habían diagnosticado previamente. Y la mayoría tenía redes de apoyo social bajas o nulas.⁵³

Un estudio realizado en México con apoyo y financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud, donde se evalúa la capacidad de cuidados asistenciales en personal de salud y requerimientos asistenciales de los usuarios, se encontraron problemáticas de diversa índole, como lo es la falta de capacitación del personal, la falta de medidas de higiene en el aseo y manejo de excretas, inadecuación arquitectónica con probabilidad de accidentes, y la mitad de las instituciones privadas no pudieron demostrar autorización sanitaria para su funcionamiento.⁵⁴

En la Mesa Redonda XXX de Desprotección Social en Adultos Mayores viviendo en la pobreza urbana, se mencionó un estudio realizado en las ciudades de Guadalajara, Chilpancingo, Cuernavaca y Culiacán, mostró la situación de vulnerabilidad en que se encuentra la población senecta en zonas urbanas. De acuerdo con los resultados, los

servicios de salud más utilizados fueron el ISSSTE, IMSS, médicos privados y otros especializados en la atención de la salud; la mayoría tenía un trabajo informal, teniendo ingresos variados bajos, presencia de enfermedades crónicas y sin apoyo social. La autora sugiere que la asistencia social es casi nula, por lo que propone que las instituciones que deberían brindar la protección social (DIF, SEDESOL, INAPAM, etc.) planteen la necesidad de crear instancias que brinden protección y asistencia sociosanitaria a la población anciana desprotegida.⁵⁵

Con respecto a la violencia de la que los Adultos Mayores suelen ser víctimas, existe muy poca información, pues de acuerdo con la OMS el anciano teme por las consecuencias de manifestarlo. En este mismo documento, se cita una investigación realizada con trabajadores de residencias en Estados Unidos que revela que el 36% de los trabajadores habían sido observadores de actos de violencia contra el Adulto Mayor, el 10% cometió agresiones físicas y el 40% cometió malos tratos psicológico; estos actos pueden estar relacionados con la falta de formación profesional para el cuidado y asistencia al Adulto Mayor, sobrecarga del cuidador, consumo de sustancias nocivas y depresión.⁵⁶

3.2 Regulación de las residencias de cuidados al adulto mayor

Algunos otros países de América Latina que se encuentran con este mismo proceso de envejecimiento poblacional, también se han interesado por una correcta regulación de los establecimientos de cuidados prolongados al Adulto Mayor. Tal es el caso de Chile, quien recientemente publicó “Estándares de calidad para establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores”, donde se muestran los protocolos que las residencias deben seguir para su funcionamiento;⁵⁷ los protocolos contemplan Acompañamiento, Manejo de Dinero, Salidas Fuera de la Residencia, Ambientes Facilitadores, Nutrición, Cuidados Básicos de Enfermería, así como protocolos para problemas complejos. Estos protocolos tienen la finalidad de mejorar la calidad de la atención al Adulto Mayor institucionalizado. El ente regulador del funcionamiento de estos establecimientos es el

Ministerio de Salud, quien ha implementado diversas medidas para los servicios que en éstos se brindan. Es así que el Servicio Nacional de Atención al Adulto Mayor (SENAMA) generó el modelo de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), este modelo fue objeto de investigación en el estudio titulado “Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA”, donde se obtuvo que este tipo de establecimientos en general tienen un sistema profesionalizado en estructura y funcionamiento, la salud física y tratamientos de salud con buena cobertura, participación en la comunidad, sin embargo y aunque no en todos, en algunos ELEAM se observaron conductas negligentes, de maltrato y vulneración de los derechos.⁵⁸

En Argentina, en 2012 se planteó por primera vez la necesidad de conocer la situación de las personas mayores institucionalizadas en Residencias de Larga Estadía (RALE) desde un análisis verdaderamente profundo. Resultado de este planteamiento, se realizó un convenio entre la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores y la Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires para dicho análisis. Los resultados de dicha investigación, revelan que en general, tienen buenas condiciones de saneamiento, poco personal capacitado, habitaciones sin ventanas o luz natural. Por último, aunque en la normatividad se mencionan medidas punitivas, en la mayoría de los casos, no se especifican los castigos según las faltas que se cometen, por lo que los autores sugieren modificaciones en la normatividad para mejorar las condiciones de la atención al Adulto Mayor, además de puntualizar en las medidas de castigo para quienes incumplan con dicha normativa.⁵⁹

3.2.1 Normatividad mexicana que regula residencias de cuidados prolongados al adulto mayor

La máxima ley en nuestro país es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada el 5 de febrero de 1917 en el Diario Oficial de la Federación, teniendo como presidente constitucional al General Venustiano Carranza.⁶⁰ Es en esta Carta Magna el medio por el cual se rige jurídicamente al país. Establece las bases para el gobierno y las instituciones que de él emanen. Es aquí donde se establecen los

derechos de los mexicanos. En apoyo al cumplimiento de los derechos otorgados en la constitución, se establecen Leyes que son más específicas para cada área y que elaboran los legisladores. Con respecto al artículo cuarto constitucional que otorga el derecho a la protección de la salud a todos los mexicanos, surge la Ley General de Salud.

3.2.2 Ley General de Salud

La Ley que garantiza que se cumpla el artículo cuarto constitucional es la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984, bajo el mandato del presidente Miguel de la Madrid Hurtado.⁶¹ Esta Ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En este apartado se mencionarán los artículos pronunciados en dicha Ley con respecto a la asistencia social.

El artículo tercero fracción XVIII, determina a la asistencia social como materia de salubridad general; Así mismo en el artículo segundo se determinan las finalidades que tiene el derecho a la protección de la salud, mencionando en la fracción V “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.⁶¹

En su artículo sexto, se decretan los objetivos del Sistema Nacional de Salud, dentro de los cuales se considera a la asistencia social en su fracción III manifestando “Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social”. El artículo vigésimo cuarto de esta Ley, considera a la Asistencia Social como uno de los tres elementos en que se clasifican los servicios de salud.⁶¹

Se incluye además dentro de esta Ley un título específicamente para la Asistencia Social. El título noveno tiene por título Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad. Dentro de este título, se lee el artículo ciento sesenta y siete que define a la Asistencia Social como el “Conjunto de

acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”.⁶¹

Además, en su artículo ciento sesenta y ocho, se desarrollan las actividades básicas de la asistencia social en las cuales se considera principalmente a menores de edad, personas con discapacidad y a personas adultas mayores. Dentro de estas actividades y con respecto a adultos mayores, se considera:

“La atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por su condición de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo; La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos; La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud; La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos y personas con discapacidad sin recursos; La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio, y la prestación de servicios funerarios”.⁶¹

Bajo los términos de esta Ley que es aplicable a nivel Federal, se establece la Ley de Asistencia Social, que pretende garantizar y especificar más lo que esta Ley ya enmarca.

3.2.3 Ley de asistencia social

La Ley de Asistencia Social fue publicada el 2 de septiembre de 2004, teniendo como presidente a Vicente Fox Quesada, fundamentada en las disposiciones que tiene la Ley General de Salud en materia de Asistencia Social.⁴¹

En esta Ley se consideran sujetos de la asistencia social a niños, mujeres y adultos mayores que se encuentran en situaciones de desamparo y vulnerabilidad. Es destacable el artículo noveno, que menciona que la Secretaría de Salud junto con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) tienen atributos con respecto a la asistencia social y en materia de salubridad general la atribución de formular las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, para que estos sean de calidad; así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada; Además los faculta para certificar que las instituciones de asistencia social tanto públicas como privadas, cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables. También se les confiere la tarea de supervisar que estas normas sean aplicadas y evaluar los resultados de los servicios asistenciales que se presten. Deberán apoyar la coordinación entre las instituciones de asistencia social e instituciones educativas para formar y capacitar recursos humanos en la materia. Deben promover la investigación científica y tecnológica que tienda a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios asistenciales en materia de salubridad general. Junto con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) deberán coordinar un sistema de información en materia de asistencia social. Se les faculta para coordinar, integrar y sistematizar un Directorio Nacional de Instituciones públicas y privadas de asistencia social (DNIAS).⁴¹

En el artículo quincuagésimo primero de esta Ley se contemplan los derechos que tienen las instituciones de asistencia social tales como acceder a recursos públicos destinados a la asistencia social, recibir donaciones, participar en el diseño de políticas públicas en materia de asistencia social, entre otros. Y el artículo quincuagésimo segundo enmarca las obligaciones que estas instituciones tienen

como lo es inscribirse en el DNIAS, cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas que regulan los servicios de asistencia social así como colaborar con las tareas de supervisión que realice SNDIF, y garantizar el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas, que reciban sus servicios de asistencia social.⁴¹

Lo referente a la Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social se contempla en el capítulo IX que comprende de los artículos sesenta y tres al sesenta y ocho. El artículo sesenta y tres establece que las Instituciones de Asistencia Social deben funcionar bajo lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas expedidas por la Secretaría de Salud, y el Consejo Nacional de Normalización y Certificación aplicables a ellas. El artículo sesenta y cuatro declara que se considerarán normalizadas las instituciones de asistencia social públicas o privadas que estén reguladas a través de las Normas Oficiales Mexicanas. De acuerdo con el artículo sesenta y cinco, le corresponde a la Secretaría de Salud a través del SNDIF y a las autoridades locales la supervisión y vigilancia de la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas a estas instituciones. El artículo sesenta y seis estipula que los Sistemas Estatales y las Juntas de Asistencia Privada serán coadyuvantes del SNDIF para la supervisión. El artículo sesenta y siete establece que las Instituciones de asistencia social que incumplan con las disposiciones de esta Ley, serán sancionadas administrativamente por la Secretaría de Salud conforme a sus atribuciones.⁴¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor de Pachuca, Hidalgo cuentan con los recursos económicos, humanos y de infraestructura para funcionar con apego a la normatividad vigente?

La denominada transición demográfica por la que el país está pasando, se caracteriza principalmente por el envejecimiento poblacional, que se explica como la disminución de las tasas de natalidad y la prolongación de la vida. Estos cambios poblacionales sumados a la transición epidemiológica, resulta en poblaciones envejecidas con múltiples problemas de salud crónicos. El análisis de estos cambios es relevante para la elaboración de programas orientados a resolver las problemáticas y nuevas necesidades de la población, tanto en materia de salud como de educación y previsión social.⁶²

Un tema importante a resolver es la atención a aquellos adultos mayores que no cuentan con un núcleo familiar ni social que pueda hacerse cargo de él cuando éste tenga la necesidad de asistencia. Los Albergues dan una respuesta institucional a este sector brindando servicios interdisciplinarios como son atención médica, de enfermería, psicológica, cuidados asistenciales, trabajo social, recreación, alimentación, vestido, calzado y vivienda.⁶²

Con la creciente necesidad de estos albergues, han surgido un número indeterminado de casas habilitadas para dar servicio de asistencia permanente, que no están debidamente identificadas ni reguladas por ninguna institución gubernamental y por lo tanto se desconoce la calidad de atención, calidad de vida de los residentes, condiciones de infraestructura y seguridad, entre muchos problemas más que ponen en riesgo la salud de los usuarios.⁶²

Diversos estudios señalan las carencias de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor, que en ausencia de una normatividad eficiente y de estricta aplicación laboran en condiciones no aptas para la atención del adulto mayor, como la falta de diseño arquitectónico que facilite el tránsito de los usuarios e incluso los riesgos que implican el no diseño; la violencia percibida hacia los

residentes, el aumento de la discapacidad, enfermedades potenciadas en un ambiente de institucionalización como ansiedad y depresión, gran prevalencia de úlceras por presión (UPP), distanciamiento social y problemas nutricionales.
53,54,57,58

Durante la pandemia de 2020 del SARS-CoV-2 se registraron alrededor del mundo brotes en múltiples residencias de cuidados al adulto mayor y México no fue la excepción, reportándose brotes en diversas residencias de cuidados prolongados en los estados de Nuevo León, Tabasco, Michoacán, Morelos, Baja California y Ciudad de México.^{63,64,65,66} Aunque el SARS-CoV-2 es muy agresivo en adultos mayores y personas inmunosuprimidas, los contagios podrían evitarse siguiendo las indicaciones que la Secretaría de Salud junto con el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) han publicado para las estancias de cuidados prolongados a partir de que inició la pandemia y se detectaron brotes en asilos de España, Italia y Estados Unidos. Muchas de este tipo de residencias son clandestinas y no siguen las medidas sanitarias necesarias para evitar contagios. Este es un claro ejemplo del poco control que se tiene sobre el funcionamiento y calidad de las residencias de cuidados prolongados y una muestra tangible del riesgo que corren los usuarios y personal sanitario de brotes epidémicos, lo cual sin duda constituye un problema de salud pública. Desafortunadamente cuando esta enfermedad surgió, no se sabía prácticamente nada al respecto, por lo que las personas mayores fueron blanco fácil, sin conocer un correcto tratamiento o prevención idónea, sin embargo ha sido una oportunidad al avistamiento de los más vulnerables y una oportunidad de entender que estas residencias deben considerarse como unidades médicas si es que se quiere prevenir en el futuro nuevos problemas sanitarios en estos espacios.⁶⁷

No se identificaron investigaciones publicadas que hayan sido realizadas en la ciudad de Pachuca o su zona metropolitana con respecto al funcionamiento o calidad de atención de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor, así que surgen los siguientes cuestionamientos derivado de los estudios anteriormente revisados y de la teoría e investigaciones previas aplicadas en otros países y en diversos estados de México. ¿Cuáles son las condiciones arquitectónicas de las

residencias? ¿Con que calidad se le brinda atención al Adulto Mayor? ¿Quién regula su funcionamiento? ¿Cómo es la normatividad para este tipo de instituciones y en qué medida se cumple? ¿Son las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor un lugar seguro para el bienestar integral del adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento ha sido abordado como una de las problemáticas que atañen a la Salud Pública Moderna, pues no sólo es el hecho de que éste grupo etario esté en constante crecimiento, sino las situaciones que con ello se presentan, como: enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia, problemas cognitivos, síndrome de caídas, fragilidad, depresión, discriminación, entre muchas más.⁵³ Y aunque es un hecho que “el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad”.⁶⁹

En América Latina y el Caribe hasta el 20 % de los adultos mayores tienen afectada la capacidad funcional básica, lo que exige cuidados permanentes, mismos que hasta ahora es común que brinde la familia, sin embargo, algunos factores como la transformación de la familia, la inserción de la mujer en el mercado laboral, el síndrome de burnout, economía precaria, migración y la urbanización han hecho que cambie el panorama y que se espere que, en un futuro cercano, las familias no tengan la capacidad de brindar estos cuidados. Por lo que a menos que disminuya la tasa de discapacidad o mejoren las condiciones económico-sociales, los diversos tipos de asistencia en el hogar o en instituciones, en especial los cuidados de largo plazo serán cada vez más demandados. Sin embargo, sigue siendo incipiente el papel que desempeña el Estado en la reglamentación de los servicios y de las instituciones de cuidados a largo plazo, así como en la vigilancia del respeto de los derechos de las personas mayores que los utilizan.⁷⁰

Los Adultos Mayores al ser institucionalizados tienen una mayor vulnerabilidad a enfermedades físicas y emocionales, tal como se menciona en un estudio realizado en Portugal, donde de acuerdo con los resultados, se concluye que “los ancianos residentes en instituciones geriátricas presentan problemas que requieren la atención básica de la salud, por lo que se considera de extrema importancia la

necesidad de desarrollar modelos de intervención en enfermería que promuevan el autocuidado, la independencia y la autonomía.⁷¹

Aunque los cuidados asistenciales están considerados en la Ley General de Salud en el artículo 24, 27 y 168, ha sido un área poco atendida, basta echar un vistazo a la pandemia por SARS-CoV-2 que ha sacado a relucir las carencias de estas instituciones y la falta de guía por parte del Estado.

Considerando la información anterior, se justifica la importancia de la presente investigación, con la finalidad de aportar valiosa información al campo del conocimiento y a la solución de problemáticas que la vejez enfrenta en México.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el apego que las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor de Pachuca y su zona metropolitana tienen con la normatividad mexicana vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el número total de residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor funcionando en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana.
- Cotejar con las normas oficiales mexicanas las características, servicios y actividades que se realizan en las residencias.
- Identificar los organismos o instituciones que regulan el funcionamiento de las residencias.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor ubicadas en Pachuca y su zona metropolitana deben contar con los servicios, equipamiento en consultorio o enfermería, personal capacitado e infraestructura segura de acuerdo con la NOM-030-SSA3-2013 y la NOM-031-SSA3-2012. Si esto se cumple, las residencias tienen apego a la normatividad que las regula y reduce los riesgos sanitarios para las personas que albergan.

METODOLOGÍA

El presente capítulo comprende la parte operacional del proyecto terminal, pues es aquí donde se desarrolla el método que se aplicó para esta investigación. Es importante mencionar que debido a la pandemia por SARS-CoV-2 que ocasiona la enfermedad de COVID-19, se restringió tajantemente el acceso a personas ajenas a la residencia por lo que el proyecto tuvo un giro en la metodología que se explicará a detalle en lo consecuente.

Diseño

El diseño de la investigación es descriptivo analítica transversal.

Población y muestra

Dado que la población es realmente pequeña, no se consideró algún criterio selectivo para delimitar la muestra, abarcando al total de la población para este estudio.

i. Criterios de inclusión

- Instituciones que brinden atención al adulto mayor que tengan entre sus servicios alimentación y hospedaje.
- El/La representante están de acuerdo en participar en la investigación y lo ratifique con su firma en el consentimiento informado.

ii. Criterios de exclusión

- Instituciones que brinden atención únicamente diurna a los Adultos Mayores.
- Residencias que no deseen participar en el estudio.

iii. Criterios de eliminación

- Residencias que no contesten correctamente los instrumentos

- Residencias en las que quede inconclusa la recopilación de información por que decidan ya no participar.

Variables

Variables independientes

En este caso se considera la NOM-030-SSA3-2013 y la NOM-031-SSA3-2012 como variables independientes pues es la normatividad mexicana vigente que regula el funcionamiento de las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor.

Variables dependientes

Residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor que tengan su domicilio en la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su zona metropolitana.

Instrumentos

Para medir el apego que las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor tienen con la normatividad mexicana, se utilizaron dos listas de cotejo, que se describen a continuación.

Lista de cotejo con la NOM-030-SSA3-2013 Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Esta norma describe las características que la residencia debe tener para la seguridad, comodidad y estancia digna a personas con discapacidad. Cada ítem es una característica que la residencia debe cumplir de acuerdo con la norma.

Lista de cotejo con la NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de Asistencia Social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Cada ítem es una característica que la residencia debe cumplir de acuerdo con la norma.

Para ambas listas de cotejo, se considera cada ítem como un punto. Se realiza la sumatoria total para identificar el grado de apego que la residencia tiene con respecto a la normatividad mexicana.

Categorías

Para la mejor valoración y comprensión de la información que se recabe de la evaluación a residencias, se han realizado categorías en función del tipo de preguntas relacionadas al mismo tema que se pueden agrupar.

El resultado son seis categorías basadas en los instrumentos anteriormente descritos.

Categoría a) Administrativa

Los procesos administrativos bajo los que trabaja la residencia son importantes pues a través de una buena gestión de recursos es que se puede tener éxito en el manejo de cualquier institución. Es así que para la categoría Administrativa se han considerado las siguientes preguntas:

- ¿La residencia cuenta con aviso de funcionamiento y aviso de responsable sanitario? Esta pregunta es de suma importancia pues nos indicaría si se está laborando legal o clandestinamente. Aunque no es bajo este único formato en que las residencias deberían funcionar. Como se ha descrito anteriormente, las residencias tienen la obligación de estar inscritos al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social, motivo de la pregunta siguiente.
- Esta residencia ¿Está inscrita en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia? La inscripción a este directorio está considerado como obligación de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor en la NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- ¿Existe un reglamento interno conocido por todo el personal?
- ¿La residencia funciona bajo un programa de trabajo?

- ¿La residencia cuenta con un programa interno de protección civil?
- ¿Existe un programa nutricional de acuerdo con el perfil de los usuarios?
- ¿Se cuenta con expedientes administrativos de los adultos mayores?
- ¿Existen mecanismos de atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares?
- ¿Se tienen a disposición números de emergencia actualizados?
- En el último año, ¿Algún organismo público ha evaluado las condiciones de esta residencia?

Categoría b) Infraestructura

La segunda categoría abarca prácticamente a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud. Ya que esta hace puntuales indicaciones de cómo deben estar conformadas las residencias con respecto a infraestructura.

Las preguntas que conforman esta categoría son las siguientes:

- En caso de que haya rampas, señale si al inicio y al final hay un área libre de obstáculos.
- ¿Las rutas son accesibles para que las personas con discapacidad puedan llegar, desde los accesos principales, a las áreas de atención médica?
- ¿Las rutas accesibles interiores y exteriores tienen espacio suficiente para pasar con silla de ruedas?
- ¿La superficie de pisos y pavimentos tienen acabado firme y antiderrapante?
- ¿Las puertas son de colores contrastantes para ser identificadas?
- Si el establecimiento cuenta con dos pisos o más, tiene: a) Rampas b) escaleras c) elevador
- ¿La residencia cuenta con señalización específica para identificar: accesos, rutas de evacuación, servicios, y lo referente a seguridad y prevención?
- ¿Se señala con una franja de color y textura contrastante cuando hay desniveles, al inicio y final de rampas y escaleras?

- ¿Cuenta con sistema de alarmas de emergencia a base de señales audibles y visibles, con sonido intermitente y lámpara de destellos?
- ¿Las rampas cuentan con pasamanos en ambos lados?
- ¿Las escaleras cuentan con pasamanos en ambos lados?
- ¿En salas de espera hay espacios señalados para personas en silla de ruedas?
- ¿En las habitaciones, el espacio entre camas permite el paso de una silla de ruedas?
- ¿El sanitario tiene una barra horizontal y una vertical por cada inodoro?
- ¿El área de regaderas está libre de obstáculos?
- ¿El piso de regaderas está sin sardineles ni perfil metálico de cancel?
- ¿Las manijas y jaladeras son de material resistente, de tipo palanca y están instaladas en ambos lados de la puerta?

Categoría c) Servicios

- ¿Brinda servicios de alojamiento, alimentación, vestido, Trabajo Social, atención médica, atención psicológica, actividades físicas, recreativas y culturales? (Opción múltiple)
- ¿El usuario recibe tres alimentos al día, con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro, además de colación por indicaciones médicas?
- ¿La alimentación es de buen sabor y aspecto, en cantidad y calidad acorde a su estado de salud y actividad física y servida en utensilios decorosos?
- ¿El vestido y calzado se proporciona en buen estado, limpia, desinfectada, cómoda y adecuadas a las necesidades de los usuarios, de acuerdo al clima del lugar?
- ¿La atención médica se brinda como: Atención programada o servicio externo?

Categoría d) Actividades relacionadas con la salud

- ¿El espacio donde se brinda atención médica cuenta con: Botiquín de primeros auxilios, estetoscopio, esfigmomanómetro, aspirador de

secreciones, estuche de diagnóstico oftalmológico, rinoscopio y otoscopio, y tanque de oxígeno? (opción múltiple)

- ¿Las actividades de salud están encaminadas a: Apertura de expediente clínico, historia clínica, Evaluación Gerontológica Integral, valoración clínica de caso y nota correspondiente, elaboración de diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento, estudios de laboratorio y gabinete, Referencia/Traslado, estudio psicosocial? (opción múltiple)
- ¿Las actividades preventivas incluyen: Educación y promoción de la salud del Adulto Mayor, Fomento de una cultura de dignificación de las personas Adultas Mayores, y Acciones de detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades para prevenir secuelas y prolongar la funcionalidad biopsicosocial? (opción múltiple)
- ¿Se llevan a cabo programas dirigidos a: Orientación nutricional, prevención de caries y enfermedad periodontal, Prevención de afecciones psicoafectivas, Prevención de caídas y lesiones, Prevención de adicciones, Prevención de hábitos nocivos para la salud, Fomento de actividad física, Actividades recreativas, ocupacionales y culturales, y Promoción de interacción familiar? (opción múltiple)
- ¿Las actividades de rehabilitación se desarrollan de acuerdo con las necesidades particulares de los usuarios, con la participación de los trabajadores, la familia y la comunidad en general?
- ¿Cómo se realiza el manejo de excretas? A) Existe un cuarto de asepsia B) Se maneja igual que la basura de todo tipo generada en la residencia.

Categoría e) Personal que labora en la residencia

- Señale si la residencia cuenta con el siguiente personal: Responsable sanitaria
- Médica (o), Enfermera (o), Psicóloga (o), Terapeuta ocupacional, Cuidador, Trabajador social, Dietista, Cocinera (o), Intendente, Vigilante (24 horas)? (opción múltiple)
- ¿Se brinda capacitación al personal, al menos una vez al año?

Categoría f) Actividades relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2

- ¿Ha recibido capacitación por algún organismo gubernamental para hacer frente al COVID-19?
- ¿Ha tenido usuarios con síntomas de COVID-19?
- ¿Alguno de los residentes o personal ha sido caso sospechoso o confirmado de COVID-19?
- ¿Considera que esta residencia cuenta con los recursos necesarios para hacer frente a la pandemia?

Procedimiento

Una vez planteados los fundamentos teóricos que a esta investigación enmarca, se realizaron las listas de cotejo como instrumento de medición para los resultados que el proyecto define.

El siguiente paso fue realizar un directorio de las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor para identificar el total de instituciones a evaluar. Se consultó el Directorio Nacional de Unidades Económicas (DENUE) y el Directorio de Instituciones de Asistencia Social registradas en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) identificadas por brindar servicios de alimentación y hospedaje, donde se encontraron cinco instituciones de este tipo. Posteriormente, se realizó una búsqueda en las redes sociales e internet de residencias con las mismas características, aunque no estuvieran registradas en las bases de datos antes mencionadas, con las palabras: residencia para adulto mayor, estancia para adultos mayores y atención al adulto mayor; identificando siete residencias más.

A continuación, se realizó el primer contacto con una de las residencias que cumplía con las características necesarias para el estudio, con la intención de realizar un estudio piloto. Se solicitó entrevista con el representante de la residencia para darle a conocer el proyecto y los alcances de éste, haciendo siempre mención de la

confidencialidad de los datos y de la discreción con que es manejada la información. Una vez que el representante fue informado, consintió ser parte de la investigación formalizándolo con su firma autógrafa en el consentimiento informado que se le presentó, además la investigadora presentó firmadas una carta compromiso y una carta de confidencialidad como revisora de expedientes clínicos. La investigadora procedió entonces a la aplicación de los instrumentos, para los cuales fue necesario un flexómetro, listas de cotejo y lápiz. Para recabar la información, se entrevista al responsable de la residencia, y en caso de que lo exista, a la o el jefe de enfermería, cocinera/o y terapeuta físico. A partir del estudio piloto, se realizaron modificaciones en la guía de entrevista para datos generales de la residencia. Ya realizadas las modificaciones necesarias, se repitió el proceso para acceder y recabar la información de cada residencia.

Las entrevistas y cotejo personales se pudieron realizar con éxito en tres residencias, de las cuales una se utilizó como estudio piloto y las otras dos si se consideran dentro del estudio. Derivado de la pandemia del SARS-CoV-2 se restringió tajantemente el acceso a las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor, por lo que el contacto y recopilación de la información se realizó de forma virtual utilizando como instrumento los cuestionarios Google previo envío de consentimiento informado. El instrumento se encuentra disponible a través del vínculo:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSci-MWEAhvUpKZrInxWLGmlPR5n9n4AdM0lhVB5bLN9WQB4mQ/viewform?usp=sf_innk.

Se contactó a los responsables de las residencias para informar de este cambio y se les hizo llegar el formulario junto con el consentimiento informado. Aún que dos de las residencias si fueron evaluadas presencialmente, también se solicitó llenaran los formularios digitales.

Una vez recolectadas la información, se realizó un análisis de resultados y finalmente se escribió este proyecto terminal.

RESULTADOS

La búsqueda en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social (DNIAS) y en el Directorio Nacional de Unidades Económicas (DENUE) se realizó a través de medios virtuales, donde se identificaron cinco residencias de cuidados prolongados al adulto mayor ubicadas en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo y su zona metropolitana. Sin embargo, a través de la búsqueda en redes sociales e internet se ubicaron siete residencias de este tipo que, aunque no están inscritas al DNIAS como lo requiere la NOM-031-SSA3-2012 que se encontraban funcionando y brindando servicios de asistencia y salud a adultos mayores, como se puede observar en la Figura 13. Siendo entonces que en Pachuca y su zona metropolitana el 41.66% de las residencias que brindan cuidados prolongados al adulto mayor cuentan con un registro en el DNIAS, requisito señalado como obligatorio en la NOM-031-SSA3-2012 y que faculta al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) como el responsable de que este registro se realice, mientras que el 58.33% no cuentan con este registro.

Figura 13. Residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor localizables en Pachuca

Residencias	Número	Porcentaje
Residencias inscritas DNIAS o DNUE	5	41.66%
Residencias localizadas por redes sociales	7	58.33%
Total de residencias localizadas en Pachuca y su zona metropolitana	12	100%

Fuente: Elaboración propia

De las doce residencias que cumplieron con los criterios necesarios para formar parte de la investigación, tres residencias cerraron definitivamente sus espacios derivado de la pandemia por SARS-CoV-2 así que aunque habían accedido a

participar en el estudio, no llenaron los formularios por la situación ya mencionada. Una de las residencias que se evaluó no forma parte de los resultados pues se utilizó la información como estudio piloto. Tres residencias más se negaron a participar en el estudio pese a la explicación de la importancia de la investigación y de mostrar desde un marco jurídico la protección de los datos. De modo que cinco de las doce residencias decidieron participar para esta investigación, obteniendo así una muestra del 41.66% del total de la población. En Pachuca y su zona metropolitana operan dos residencias públicas, de las cuales sólo una accedió a participar en el estudio, y las otras cuatro residencias evaluadas son privadas. En cuanto a la relación entre número de usuarios y número de personal, las cinco residencias reportan tener en promedio dos trabajadores por cada residente aunque es importante señalar que parte del personal es personal administrativo, de vigilancia y de cocina. Para un mejor análisis, se agruparon las preguntas de los instrumentos por categorías según el área que evalúa, como se muestra a continuación en la Figura 14, excluyendo las preguntas de la 1 a la 7 puesto que son preguntas de identificación de la residencia. Es por eso que los resultados se mostrarán también de esa forma.

Figura 14. Grupos de preguntas por categoría

CATEGORÍA	Administrativa	Infraestructura	Servicios	Actividades de salud	Personal	Actividades relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2
PREGUNTAS	8-16, 47	19, 31-46	17, 18, 20-22	23-27, 30	28, 29	48-51

Fuente: Elaboración propia

a. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

Dentro de la categoría “Función Administrativa” se encuentran los criterios del 8-16 y 47.

Las cinco residencias reportaron contar con aviso de funcionamiento, reglamento interno, con un programa de trabajo, programa de nutrición y un expediente por cada usuario, sin embargo en dos de las residencias que sí se pudo visitar, cuando se les solicitó que mostraran los reglamentos que mencionaron si tener, dijeron que no los tenían disponibles en ese momento pues les estaban haciendo modificaciones. Con respecto a los expedientes, se revisó el 25% de acuerdo con el número de usuarios al momento de entrevistar y las observaciones importantes al respecto es que no hay continuidad en las revisiones médicas, gerontológicas y de fisioterapia; muchos de ellos no tienen ningún tipo de evaluación Geriátrica y las notas no cuentan con firma de quién la emite.

Al preguntar si la residencia contaba con Programa de Protección civil, en dos residencias dijeron que no contaban con uno, dos dijeron sí contar con él y una dijo no saber, Con respecto a tener un buzón de quejas y sugerencias, cuatro de las residencias afirmaron contar con él y una dijo no saberlo. Al preguntar si la residencia estaba inscrita en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social (DNIAS) dos residencias negaron estar inscritas, dos dijeron no saber y una afirmó estar inscrito. Por último, para este apartado se preguntó si la residencia había sido evaluada en el último año por algún organismo público, a lo que dos residencias respondieron que sí, dos que no y una que no lo sabe. En la Figura 15 se pueden observar los resultados de la categoría “Función Administrativa” y en la Figura 16 se muestran las observaciones extra que la investigadora pudo recolectar con respecto a esta categoría en la visita presencial que se hizo en las residencias.

Figura 15. Función administrativa de residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor

Pregunta	Si	No	No sé
¿La residencia cuenta con aviso de funcionamiento y aviso de responsable sanitario?	5	0	0
¿Existe un reglamento interno conocido por todo el personal?	5	0	0
¿La residencia funciona bajo un programa de trabajo?	5	0	0
¿La residencia cuenta con un programa interno de protección civil?	2	2	1
¿Existe un programa nutricional de acuerdo con el perfil de los usuarios?	5	0	0
¿Se cuenta con expedientes administrativos de los adultos mayores?	5	0	0
¿Esta residencia está inscrita en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia?	1	2	2
¿Existen mecanismos de atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares?	4	1	0
¿Se tienen a disposición números de emergencia actualizados?	5	0	0
En el último año, ¿Algún organismo público ha evaluado las condiciones de esta residencia?	2	1	2

Fuente: Elaboración propia

Figura 16. Observaciones importantes en la visita a residencias con respecto a la categoría Función Administrativa

Criterio	Observación
Programas	Los representantes de dos residencias que se visitaron personalmente no pudieron acreditar su dicho de contar con programas internos de protección civil, programa de trabajo, aviso de funcionamiento y reglamento interno pues mencionaron estar en modificaciones por lo que no se tenían al momento de la entrevista.
Expediente por usuario	Se observa en los expedientes la falta de continuidad o ausencia de plan de trabajo. Notas sueltas sin firma, cédula o referente de quien la realiza. Falta de Evaluaciones Geriátricas en la mayoría de los expedientes.

Fuente: Elaboración propia

b) INFRAESTRUCTURA

Para el caso de la evaluación de la infraestructura con que cuentan las residencias, se agruparon las preguntas dirigidas a saber las condiciones arquitectónica de las residencias para saber qué grado de seguridad tienen para los usuarios. Todas las residencias refirieron tener un segundo piso o desnivel importante para su acceso; dos de ellas reportaron tener escaleras y tres contar con rampas, también una de ellas además de tener escaleras, cuenta con un elevador mecánico. Las tres residencias que mencionaron contar con rampas dijeron no contar con pasamanos en ambos lados, aunque para este caso el elevador sólo se utiliza si los usuarios no tienen movilidad o están encamados, para todos los demás residentes la regla es usar las escaleras. En el área de sanitarios, tres residencias dijeron contar con barra horizontal y vertical por cada inodoro, mientras que las otras dos dijeron no tenerlas. Una de las residencias que mencionó no tener las barras en los inodoros y dijo tampoco tenerlas en la regadera. La Figura 17 resume los criterios que se preguntaron y sus respectivas respuestas.

Además en la Figura 18 se resumen las observaciones que aunque no estaban contempladas en el instrumento, son importantes de mencionar por el riesgo que implica en su utilización para los adultos mayores usuarios.

En las residencias en las que se logró hacer la visita personal fue posible realizar la toma de medidas con flexómetro, además de hacer observaciones importantes referentes a la seguridad de los usuarios de ellas, las cuales se muestran en la Figura 18.

Figura 17. Infraestructura de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor.

Criterio	Si	No	Tal vez/No aplica
En caso de que haya rampas, señale si al inicio y al final hay un área libre de obstáculos.	3	0	2
Las rutas son accesibles para que las personas con discapacidad puedan llegar, desde los accesos principales, a las áreas de atención médica.	3	0	2
Las rutas accesibles interiores y exteriores tienen espacio suficiente para pasar con silla de ruedas.	3	0	2
La superficie de pisos y pavimentos tienen acabado firme y antiderrapante.	4	0	1
Las puertas son de colores contrastantes para ser identificadas.	5	0	0
Si el establecimiento cuenta con dos pisos o más, ¿tiene escaleras?	1	4	0
Si el establecimiento cuenta con dos pisos o más, ¿tiene rampas?	3	0	0
Si el establecimiento cuenta con dos pisos o más, ¿tiene elevador?	1	0	0
¿La residencia cuenta con señalización específica para identificar: accesos, rutas de evacuación, servicios, y lo referente a seguridad y prevención?	3	0	2
Se señala con una franja de color y textura contrastante cuando hay desniveles, al inicio y final de rampas y escaleras.	2	2	1
Cuenta con sistema de alarmas de emergencia a base de señales audibles y visibles, con sonido intermitente y lámpara de destellos.	1	4	0
Las rampas cuentan con pasamanos en ambos lados.	1	2	2
Las escaleras cuentan con pasamanos en ambos lados.	2	1	2

En salas de espera hay espacios señalados para personas en silla de ruedas.	1	4	0
En las habitaciones, el espacio entre camas permite el paso de una silla de ruedas.	5	0	0
El sanitario tiene una barra horizontal y una vertical por cada inodoro.	3	2	0
El área de regaderas está libre de obstáculos.	4	1	0
El piso de regaderas está sin sardineles ni perfil metálico de cancel.	4	1	0
Las manijas y jaladeras son de material resistente, de tipo palanca y están instaladas en ambos lados de la puerta.	4	1	0

Fuente: Elaboración propia

Figura 18. Observaciones importantes en la visita a residencias con respecto a la categoría Infraestructura

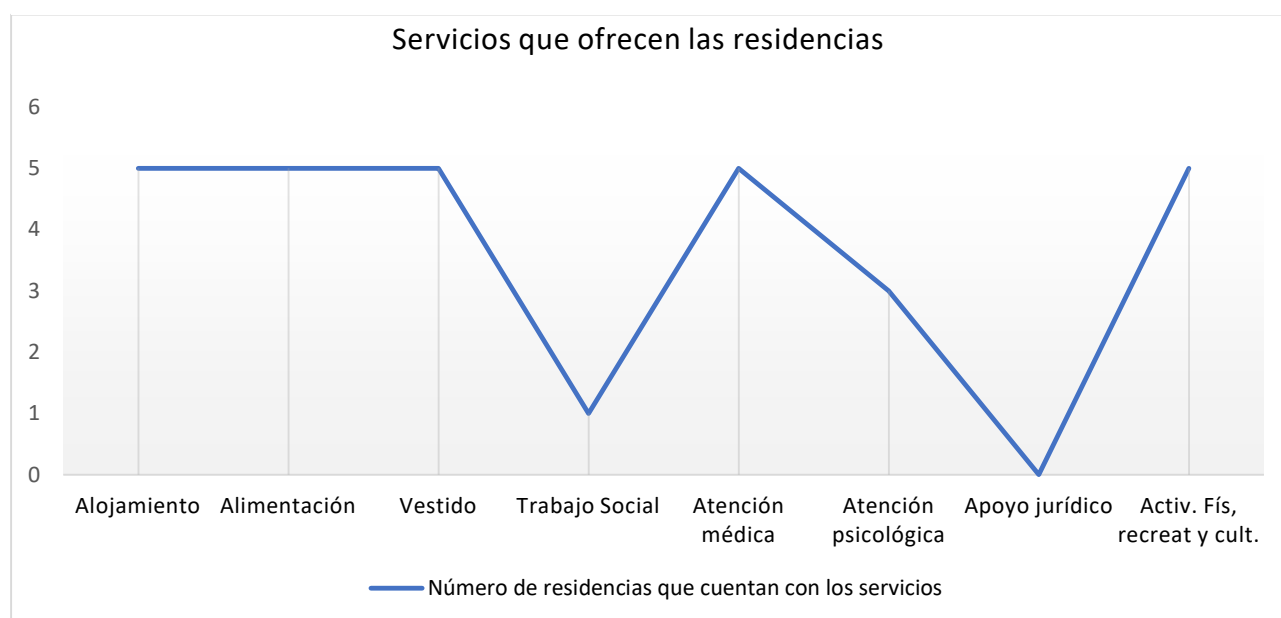
Criterio	Observación
Escaleras/Rampas y mecanismos eléctricos.	En una de las residencias el acceso a la zona de manualidades es por medio de escaleras, las cuales aunque tienen paredes a los lados, no cuenta con barra de apoyo, son muy estrechas y no tienen buena iluminación. La residencia que cuenta con elevador sólo lo utiliza para los casos de adultos mayores que no pueden movilizarse y que necesitan ser trasladados, todos los demás usuarios deben utilizar escaleras. La residencia que se observó que tiene rampa, tiene también obstáculos al inicio o al final de la rampa.
Baños	Se observan sardineles peligrosos para el acceso a regaderas. Una de las residencias no cuenta con las barras de apoyo que puedan garantizar mínimamente la seguridad de los usuarios.

Fuente: Elaboración propia

c) SERVICIOS

Para conformar esta categoría se han considerado las preguntas que nos llevan a saber qué tipo de servicios presta la residencia a los usuarios de acuerdo con las especificaciones de la NOM-031-SSA2-2012. Las cinco residencias manifestaron contar con servicios de alimentación y alojamiento, de atención médica y de actividades físicas, de recreación y culturales. Aunque es importante mencionar que estas preguntas fueron realizadas de manera cerrada, lo que no deja otras opciones de respuesta, a diferencia de estos resultados, dos de las residencias visitadas mencionaron contar con servicio médico sólo cuando algún usuario así lo requiere, es decir que no cuentan con servicio médico de base que esté las 24 horas en la residencia. Con respecto al servicio de trabajo social, sólo una de ellas dijo tenerlo en función y las otras cuatro no cuentan con él. El servicio de psicología lo ofrecen tres de las cinco residencias y ninguna cuenta con el servicio de asesoría jurídica pero al igual que en el servicio médico, el servicio de psicología sólo se brinda cuando un usuario lo solicita a través de consulta externa.

Figura 19. Servicios que ofrecen las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

Los usuarios de todas las residencias reciben al menos tres alimentos al día, más dos colaciones entre comidas, además todas manifestaron que los alimentos son de buena calidad, con buen sabor y aspecto. El tipo de alimentos y la cantidad parecen ser suficientes y adecuados, aunque es preciso mencionar que todos reciben el mismo tipo de alimentos en las dos residencias visitadas contrario a lo que manifestaron de tener un plan de alimentación individual, dicho plan tampoco pudo observarse en los expedientes de los usuarios.

Figura 20. Servicio de alimentos, vestido y calzado

Criterio	Si	No
El usuario recibe tres alimentos al día, con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro, además de colación por indicaciones médicas.	5	0
La alimentación es de buen sabor y aspecto, en cantidad y calidad acorde a su estado de salud y actividad física y servida en utensilios decorosos.	5	0
El vestido y calzado se proporciona en buen estado, limpia, desinfectada, cómoda y adecuadas a las necesidades de los usuarios, de acuerdo al clima del lugar.	5	0

Fuente: Elaboración propia

Las cinco residencias dijeron proporcionar a los usuarios vestido limpio, desinfectado y cómodo. En cuanto a la atención médica, dos residencias no ofrecen los servicios de atención médica, pero les facilitan a los usuarios el apoyo para contar la atención médica externa, mientras que las otras tres residencias dijeron proporcionar atención médica programada.

Figura 21. Servicio médico

	Atención programada	Servicio externo
La atención médica se brinda como	3	2

Fuente: Elaboración propia

d) ACTIVIDADES DE SALUD

La categoría de actividades de salud está conformada por preguntas relacionadas con los programas, tipo de equipamiento y actividades preventivas con que cuentan o proporcionan las residencias. Las cinco residencias dijeron contar con estetoscopio y baumanómetro, mientras que sólo dos cuentan con estuche diagnóstico oftalmológico, rinoscopio y otoscopio, mismas dos que cuentan con aspirador de secreciones; Y tres de las residencias cuentan con tanque de oxígeno para emergencias.

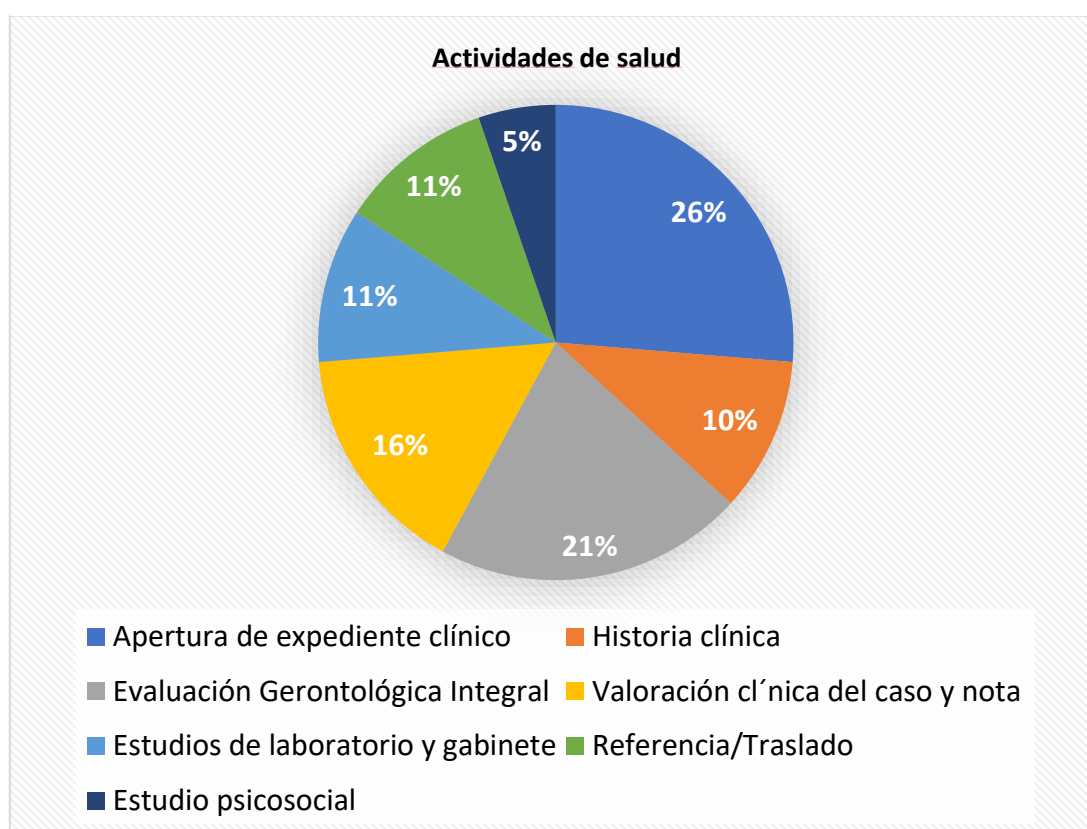
Figura 22. Equipamiento médico con que cuentan las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor

Tipo de equipo	SI	NO
Botiquín de primeros auxilios	5	0
Estetoscopio	5	0
Esfigmomanómetro	5	0
Aspirador de secreciones	2	3
Estuche de diagnóstico oftalmológico, rinoscopio y Otoscopio	2	3
Tanque de oxígeno	3	2

Fuente: elaboración propia

Todas las residencias aseguran tener actividades encaminadas a la apertura de expediente clínico, aunque para llevar historias clínicas sólo dos residencias mantienen actividades. Cuatro de las residencias inician Evaluación Gerontológica Integral. Tres de las residencias llevan a cabo valoraciones y notas y hojas de diagnóstico y tratamiento. En cuanto a envíos para estudios de laboratorio, estudios psicosociales y actividades de referencia y contra referencia, dos de las cinco residencias llevan actividades encaminadas a estas áreas.

Figura 23. Actividades de salud

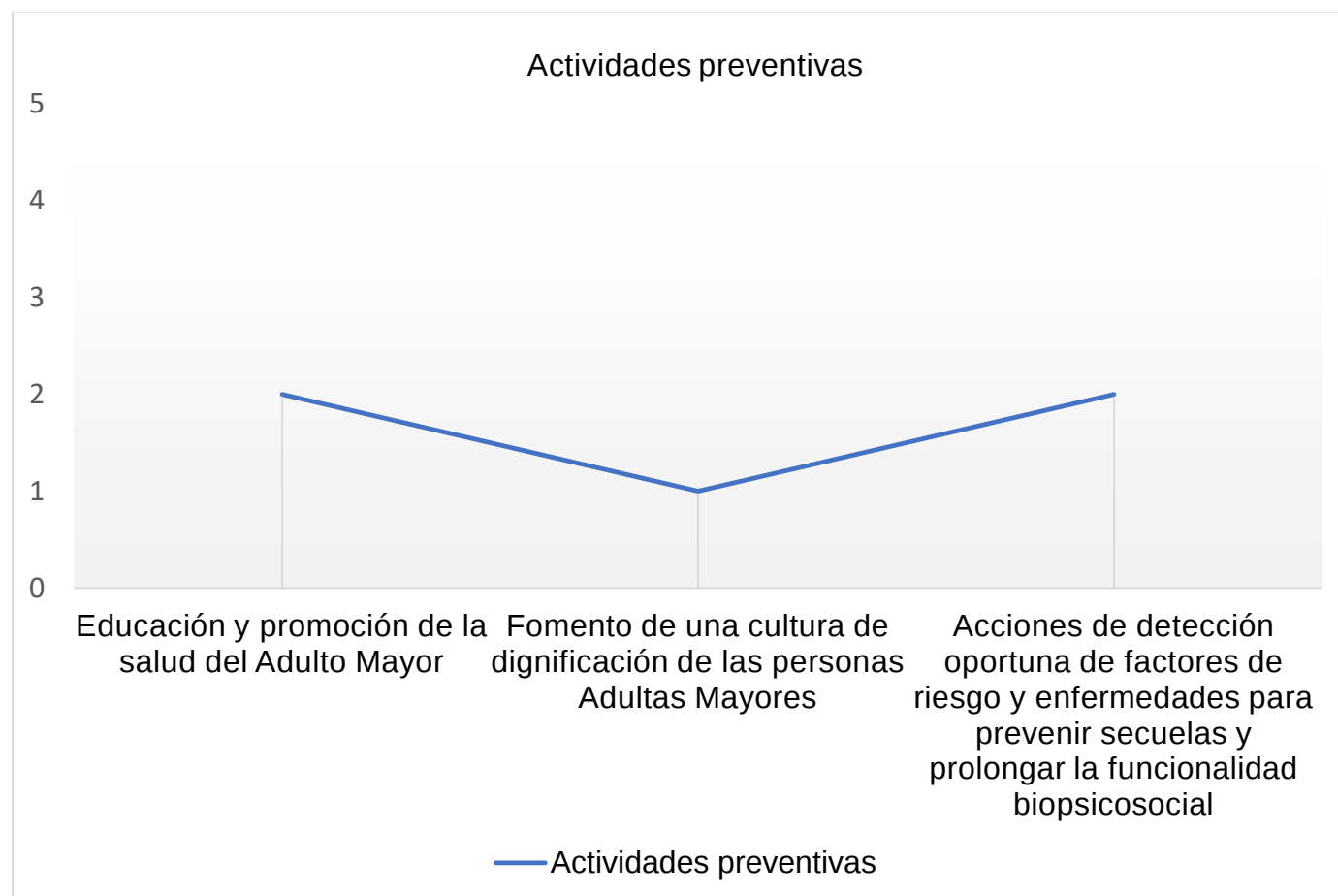


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a actividades preventivas, cuatro de las residencias llevan a cabo actividades de promoción de la salud de los adultos mayores; dos de ellas llevan a cabo actividades de dignificación de la vejez; y tres de las residencias llevan a cabo

acciones de detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades para prevenir secuelas y prolongar la funcionalidad de los usuarios.

Figura 24. Actividades preventivas que se realizan en residencias de cuidados prolongados al adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

Además, todas las residencias dijeron contar con programas prevención de caídas, de actividad física y actividades recreativas, ocupacionales y culturales. Cuatro de las residencias negó tener un programa nutricional ni programa de prevención de afecciones psicoafectivas. Tres residencias dijeron contar con programas de promoción de interacción familiar y de prevención de caries. Cuatro no cuentan con

programa de prevención de adicciones y tres de las residencias no cuentan con programas de prevención de hábitos nocivos.

Figura 25. Programas que llevan a cabo las residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor

Criterio	Si	No
Orientación nutricional	1	4
Prevención de caries y enfermedad periodontal	3	2
Prevención de afecciones psicoafectivas	1	4
Prevención de caídas y lesiones	5	0
Prevención de adicciones	1	4
Prevención de hábitos nocivos para la salud	2	3
Fomento de actividad física	5	0
Actividades recreativas, ocupacionales y culturales	5	0
Promoción de interacción familiar	4	1
Las actividades de rehabilitación se desarrollan de acuerdo con las necesidades particulares de los usuarios, con la participación de los trabajadores, la familia y la comunidad en general.	3	2

Fuente: Elaboración propia

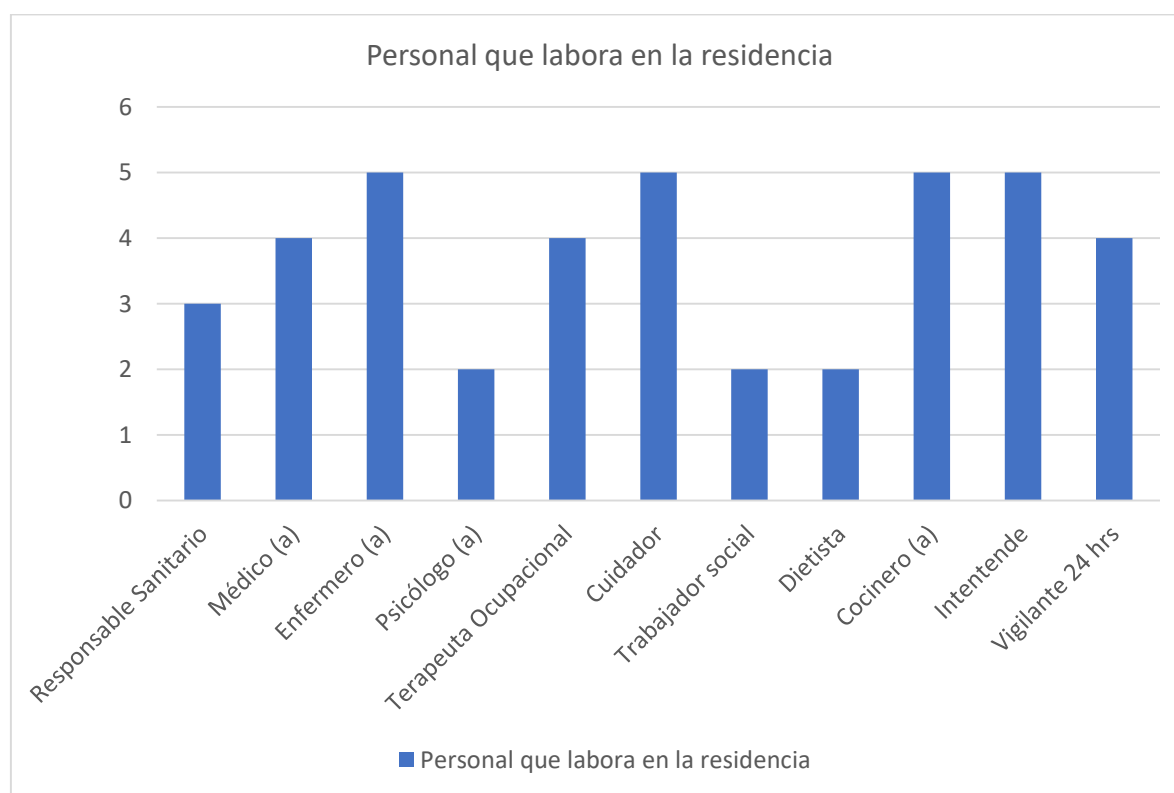
Desafortunadamente, ninguna de las residencias dijo tener un plan manejo de excretas específico, es decir que toda la basura acumulada como restos alimentos, pañales con heces fecales, torundas con sangre, basura reciclable y basura no reciclable es combinada y manejada de la misma manera.

e) PERSONAL

La categoría de personal abarca las preguntas relacionadas con el tipo de profesionales que laboran en las residencias y si se brinda capacitación constante.

Todas las residencias dijeron contar con personal de enfermería, cuidadores, cocineros y limpieza. Cuatro residencias mencionan contar con personal médico, terapeuta ocupacional y personal de vigilancia. Dos de las residencias afirmó contar con personal de psicología, de trabajo social y de nutrición. Tres residencias dijeron contar con un personal sanitario. Y cuatro de las residencias mencionan que se les brinda capacitación a los trabajadores al menos una vez por año. En la Figura 26 se puede observar el tipo y porcentaje de personal que labora en las residencias.

Figura 26. Personal que labora en las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor

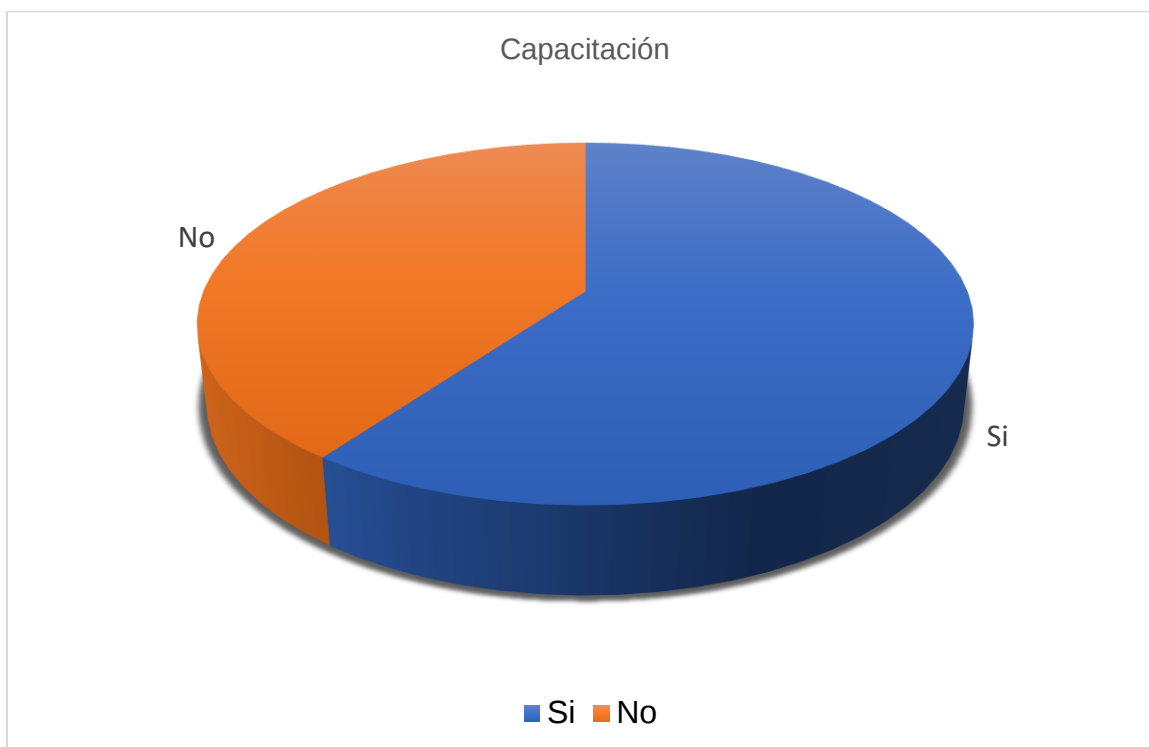


Fuente: Elaboración propia

f) ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

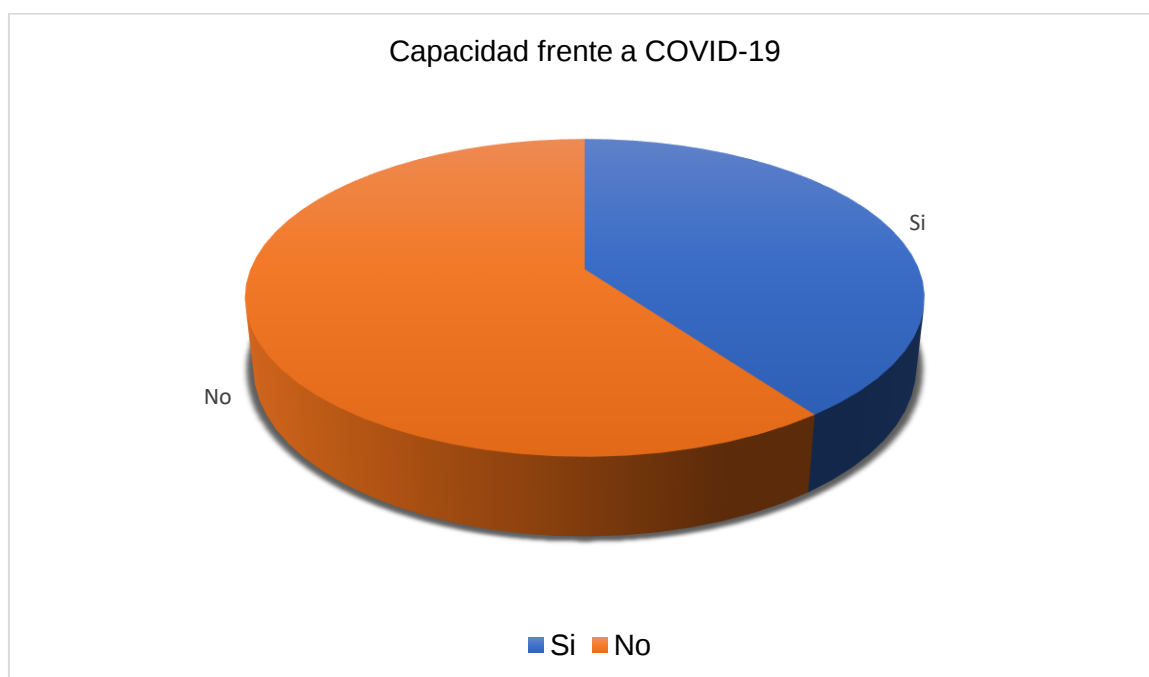
Esta categoría la conforman preguntas que se anexaron por la situación extraordinaria que está afectando a todo el mundo y que ha sido grave para las residencias de largo plazo en todo el mundo. Dos de las cinco residencias afirmaron haber recibido capacitación por parte del gobierno para enfrentar la pandemia. Todas las residencias negaron tener usuarios contagiados o casos sospechosos hasta el momento en que fueron llenados los formularios. Sólo dos residencias dijeron creer tener los recursos necesarios para afrontar la pandemia.

Figura 27. Capacitación al personal con respecto al COVID-19



Fuente: Elaboración propia

Figura 28. ¿Considera que esta residencia cuenta con los recursos necesarios para hacer frente a la pandemia?



Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

“La salud pública, y la sociedad en general, debe abordar estereotipos y otras actitudes contra la tercera edad, que pueden dar lugar a discriminación y afectar a la formulación de las políticas y las oportunidades de las personas mayores de disfrutar de un envejecimiento saludable” (...) “La labor de la OMS en atención crónica (incluidos los cuidados paliativos) se corresponde estrechamente con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas” (...) “Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión. Se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento”.⁷²

Se comienza esta discusión con los anteriores extractos de una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para visibilizar el hecho de que los temas relacionados con la vejez, el viejo y el envejecimiento tienen aún muchas carencias. Si bien es cierto que desde hace ya algunos años que se ha iniciado investigación sobre temas de envejecimiento, sobre todo en países de primer mundo, también lo es que los estigmas, estereotipos y actitudes hacia la vejez frenan este proceso de crecimiento científico para este sector poblacional tan vulnerable. Si además agregamos que el sujeto de estudio son personas con discapacidad y aislados de la sociedad, las barreras se muestran más grandes. Como lo menciona la OMS en este texto, la Salud Pública tiene un papel muy importante en el abordaje de las problemáticas de la vejez, pero para hacerlo necesita herramientas científicas que justifiquen su actuar, como esta investigación que nos introduce al conocimiento del estado en que funcionan las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana.

Los resultados que se muestran en este proyecto es la apertura a la antesala de las problemáticas en el funcionamiento y ordenamiento de las residencias que albergan a adultos mayores en Pachuca pues como se mencionó en el capítulo II,

desafortunadamente los edadismos influyen incluso en la comunidad científica, por lo que el estudio de las personas mayores en situaciones de discapacidad, institucionalización o de las redes en las que estos se encuentran, se ha visto influenciado por ellos discriminando la investigación referente a las problemáticas del viejo, la vejez y el envejecimiento. Sin duda la atención a este sector poblacional es de suma importancia pues los sujetos pertenecientes tienen la misma importancia que el resto de la población, tienen sus propias problemáticas y derecho a ser vistos, estudiados y ayudados en la mejora de sus condiciones. Aunado al hecho de que este grupo poblacional va en aumento, de manera que si no se atienden en lo inmediato las faltas que aún se tienen para con ellos, es de esperarse que en el futuro, para cuando las proyecciones sean tangibles, estas fallas se reflejarán haciendo aún más difícil la contención de los problemas en la salud, en lo ambiental y en lo social.

La Ley General de Salud en su artículo 27, párrafo primero, fracción X dispone que la asistencia social a grupos vulnerables se considera dentro de los servicios básicos de salud; además menciona en su artículo 172 que se apoyará del organismo que el Gobierno Federal funde y que tenga como uno de sus objetivos la vigilancia de la asistencia social. En la Ley de Asistencia Social en su artículo 52, inciso b, se determina como obligación a todas las instituciones de asistencia social inscribirse en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social; por otro lado, el mismo artículo 52, inciso c, la Ley somete a estas instituciones a cumplir con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas que se emitan y sean de aplicación a los servicios de asistencia social y colaborar con las tareas de supervisión que realice SNDIF.^{41,61} Sin embargo, la evidencia muestra que de las doce residencias localizadas en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana sólo cinco están inscritas en dicho Directorio. Por inferencia, las otras siete residencias que operan en la ciudad y que no están registradas en el DNIAS están incurriendo en una falta en una de las obligaciones más básicas que tienen, de modo que se encuentran operando de manera irregular y sin regulación debida. Misma razón por la que no es extraño que tres de ellas hayan cerrado con la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2. Si desde la fundación de una institución de cuidados asistenciales

no se realiza una inscripción formal por desconocimiento o por que la administración del municipio no lo exige, no se puede esperar que ellas operen bajo la normatividad que debería regularlas, proporcionando un primer indicio de las condiciones en las que operan este tipo de residencias y que deja en estado de vulnerabilidad a los adultos mayores que residen en ellas, sumando además el hecho de que sólo dos de las residencias dijo haber sido evaluada por algún organismo gubernamental, que en uno de los casos se consideró así a una visita de una unidad de la Dirección de Protección Civil de Pachuca.

Pasando a la segunda categoría que es de infraestructura y para la cual se utilizó como instrumento la NOM-030-SSA3-2013, es destacable el hecho de que el 100% de las residencias que reportaron contar con rampas en desniveles no cuentan con pasamanos en ambos lados, que el 40% de las residencias evaluadas no cuentan con barras de apoyo en sanitarios, y que el 40% de las residencias no tienen señalamientos con diferente color y textura en desniveles, tal como solicita la norma ya citada. Estas faltas suponen un riesgo importante para los usuarios pues además se debe considerar que los adultos mayores en muchos casos tienen debilidad visual, fragilidad, pérdida o disminución de la fuerza y de reflejos, entre otros padecimientos que dificultan el desplazamiento seguro de los usuarios, por lo que las condiciones de infraestructura constituyen un elemento importante en la prevención de caídas.^{73,74,75} Como lo muestra un consenso de expertos que elaboraron la Guía de Práctica clínica “Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención” por el Consejo de Salubridad General de México, donde expone las principales causas de caídas en el adulto mayor y señalan que en el caso de los adultos mayores institucionalizados, las principales causas son: Debilidad general en un 31%, Peligros ambientales 25%, Hipotensión ortostática 16%, Enfermedad aguda 5%, Alteraciones en la marcha o balance 4%, Medicamentos 5%, Desconocidas 10%.⁷⁶ Las caídas son por su incidencia un problema de salud pública pues algunas tienen además consecuencias graves como fracturas, discapacidad y la muerte.⁴⁷ Una de las posibles razones por las cuales estas instituciones tienden a ser inseguras es el hecho de que no están diseñadas para albergar a adultos mayores con tantas necesidades, sino que estas

instituciones se crean en casas diseñadas como vivienda e incluso en muchos casos, casas pequeñas de interés social. El hecho de que las residencias se apegaran más a la normatividad en cuanto a infraestructura y que se diseñen espacios seguros pensados en las necesidades de los adultos mayores podría reducir los riesgos arquitectónicos para los usuarios.

Otra de las categorías consideradas es la de servicios con los que cuentan las residencias, para los cuales todas ellas brindan a los usuarios vestido, alojamiento y alimentación. Estos servicios se proporcionan con calidad de higiene y en cantidad suficiente. Las residencias son un gran apoyo al estado en su protección a la población pues le brindan servicios básicos a personas en situación de vulnerabilidad.^{77,78} Uno de los servicios que no se tiene en el cien por ciento de las residencias es el de psicología, con un 60% de presencia. Tal vez porque aún no se tiene la cultura de cuidar la salud mental, pero es un hecho que de tener este servicio en todas las residencias, podría influirse en la alta prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados.^{79,80,81}

En cuanto a las actividades de salud que se realizan en las residencias, sólo el 20% de ellas tienen un programa nutricional y el 20% realiza un programa de prevención de afecciones psicoafectivas. Si bien resulta difícil controlar la alimentación de los adultos mayores, cuando están institucionalizados esta acción se facilita en cuanto al control, pero no lo es por el hecho de que cada paciente tiene sus necesidades particulares por deficiencias o enfermedades que presentan. Los casos de malnutrición en adultos institucionalizados son preocupantes ya que representan una prevalencia significativa en aquellos en que se evalúa, pues hay que considerar que muchos otros no son evaluados y por lo tanto los datos son desconocidos.^{82,83,84} Desafortunadamente algunas de las residencias privadas obtienen la mayoría de sus ingresos por donaciones, por lo que muchas veces no cuentan con el presupuesto suficiente para contratar a personal específico que pueda atender por ejemplo esta área, o que se le den comidas especiales a cada usuario de acuerdo a sus necesidades. Por lo general se hace un solo tipo de comida para todos los

usuarios. La intervención del Estado para facilitar soluciones a esta problemática es necesaria y se necesita a la inmediatez.

El personal que labora en la residencia influye determinantemente en la calidad de atención, lo cual es un punto rescatable en esta categoría para las residencias, ya que todas reportaron contar con personal de enfermería, cuidadores y personal médico, además el 80% dijo que se les brinda capacitación al menos una vez al año. Aunque parece ser que las residencias siguen teniendo modelos de atención clásicos propios de asilos pues se limitan a este tipo de personal. Sólo una de las instituciones (20%) cuenta con personal de psicología, de nutrición y de trabajo social. Es bien sabido y estudiado que la atención al adulto mayor debe ser integral, multi e interdisciplinaria si es que se quiere mejorar la calidad de vida de los usuarios de las residencias.

Las Normas Oficiales Mexicanas que se realizaron para regular a las residencias de cuidados al adulto mayor no son un hecho accidental realizado sin sentido. Son reglas previamente estudiadas y realizadas por miembros expertos en la materia con la intención de que a quienes aplique funcionen con calidad y previniendo que éstas sean un riesgo para quienes son usuarios de ellas y si bien estas no garantizan la calidad de atención que se ofrece en ellas, tenerlas bajo un marco normativo puede influir en la mejora continua y por consecuencia mejorar la calidad de vida de las personas mayores, así como la visión que se tiene de este tipo de residencias.⁸⁵

Por último, la categoría de acciones frente a la pandemia por SARS-CoV-2 es un punto importante para reflexionar. Para el momento en que se hicieron los cuestionarios, la pandemia llevaba en México nueve meses, sin embargo el 60% de las residencias no había recibido ningún tipo de capacitación con respecto al COVID-19. Ese 60% dijo que no consideraba que la residencia tuviera los elementos necesarios para hacer frente a la pandemia de forma favorable. Definitivamente la pandemia es un suceso no esperado y se está combatiendo un virus que era desconocido en cuanto a la forma de transmisión y el grado en que podía afectar a las personas, la economía, la dinámica familiar, la política, transportes, etc. Uno de

los sectores afectados fuertemente fueron las residencias para adultos mayores, pues en todo el mundo hubo múltiples muertes, contagios y lugares clausurados. Aunque los modelos de residencias no estaban preparados, mostraron capacidad de adaptabilidad, el Instituto Nacional de Geriátría lanzó un curso en línea para personas que laboran en residencias de cuidados prolongados al Adulto Mayor y finalmente hay menos riesgos con el mejor conocimiento del virus y la llegada próxima de la vacuna.^{86,87}

CONCLUSIONES

Las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor son instituciones de apoyo para el Estado como una forma de protección a los adultos mayores más vulnerables y que no tienen la posibilidad de recibir los cuidados necesarios por parte de su familia. Debido a la responsabilidad que estas instituciones tienen en sus manos, se han creado leyes y normas que las regulan y que protegen a los adultos mayores usuarios de ellas. Sin embargo, es un sector que ha sido olvidado en gran medida, pues aunque existen estas medidas, no hay organismo que se encargue de asegurarse que las residencias estén apegadas a la normatividad garantizando así su buen funcionamiento y calidad de atención.

Los salubristas tienen el compromiso de cuidar la salud de la población y este es un sector que no puede quedar fuera. Es necesario mirar hacia estos espacios y mejorarlos, dejando de lado ideas estereotipadas que lo impidan.

Los resultados que de acuerdo con los instrumentos aplicados se obtuvieron para este proyecto, da un panorama más o menos bueno del funcionamiento de este tipo de instituciones, sin embargo saliéndose de lo que estrictamente dictan los instrumentos, es posible identificar situaciones que no se pueden pasar inadvertidas, como el hecho de la poca higiene en sanitarios de algunas de las residencias privadas, el olor penetrante a orina en dormitorios, la violencia verbal o física ejercida por personal de algunas instituciones, la falta de personal capacitado, las condiciones nutricionales en que se encuentran los usuarios o la poca atención que se pone al cuidador.

Las políticas públicas que a nivel internacional y nacional se han implementado intentan poner a los adultos mayores en una posición de independencia, de actividad intelectual y física, de participación social y de empoderamiento, y así debe ser, pero también está la otra parte, aquellos adultos mayores que por diferentes circunstancias presentan más bien dependencia y enfermedad o que simplemente necesitan estar bajo el cuidado supervisado de personal capaz porque el hogar es un lugar inseguro o a la familia le es imposible brindarles los cuidados básicos

necesarios. Y es esta población tan importante como cualquiera, por eso es que los profesionales que se han adentrado en el estudio de las condiciones en que viven estas personas insisten en la continuación de la investigación para el mejoramiento en la atención a estas personas.

RECOMENDACIONES

Esta investigación es la entrada a un campo poco investigado, son los indicios de que hay fallas que se pueden corregir con la participación de la comunidad científica, del Estado y la población en general. Es por eso que se presentan las siguientes recomendaciones con la intención de que los adultos mayores usuarios de las residencias puedan tener una mejor calidad de vida y de atención a sus necesidades.

Desafortunadamente no es fácil el acceso a las residencias por parte de las autoridades administrativas, por lo que se recomienda hacer una mejor estrategia para obtener el acceso a ellas en el caso de quienes deseen estudiarlas.

Para el caso de los responsables administrativos es necesaria la recomendación de permitir que se lleven a cabo investigaciones que involucren su funcionamiento como una herramienta que permite la mejora continua. Una máxima de la calidad es que todo lo que puede medirse, puede mejorar. De forma que un camino al mejoramiento de las residencias de asistencia al adulto mayor es la medición de la calidad de sus servicios.

Para conocer realmente el funcionamiento de las residencias se recomienda hacer estudios con instrumentos específicos de calidad tanto para evaluar el modelo de residencia como para la calidad de vida que llevan los usuarios. La evaluación de calidad de estos servicios debe incluir indicadores de estructura, proceso y resultados.

Se recomienda que la Secretaría de Salud, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia y la Junta de Asistencia Social realicen las funciones que en términos de la Ley se les han conferido con respecto a la observación y evaluación de las residencias que brindan cuidados de largo plazo a adultos mayores de forma continua para asegurar la mejora de estos servicios y por consecuencia la calidad de vida de las personas que hacen uso de sus servicios.

Se considera primordial la obligación a la inscripción al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social para que las instituciones que brindan atención al adulto mayor trabajen bajo un marco legal y debidamente fundadas.

Finalmente, a los nuevos salubristas se hace la recomendación de prestar atención a los adultos mayores y al medio que los rodea pues de aquí en adelante se pueden formular estrategias puntuales que favorezcan a las futuras generaciones de adultos mayores.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Esther Lizbeth Islas Cruz, de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. La meta de este estudio es *identificar el apego de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor con la normatividad vigente, en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana*.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista o mediante un cuestionario de Google. El investigador tendrá acceso para observar y medir sanitarios, regaderas, dormitorios y áreas comunes a fin de cotejar con las normas oficiales mexicanas NOM 030 SSA3 2013 y la NOM 031 SSA2 2013 si así fuera necesario. Si es conveniente, el investigador revisará al menos el 50% de expedientes clínicos de los residentes. Esto tomará aproximadamente 90 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Esther Lizbeth Islas Cruz, de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es *identificar el apego de las residencias de cuidados prolongados al adulto mayor con la normatividad vigente, en la ciudad de Pachuca y su zona metropolitana*.

Me han indicado también que se entrevistará tanto al responsable de la residencia, como al jefe de turno, terapeuta físico y cocinera(o). El investigador tendrá acceso para observar

y medir sanitarios, regaderas, dormitorios y áreas comunes a fin de cotejar con las normas oficiales mexicanas NOM 030 SSA3 2013 y la NOM 031 SSA2 2013. El investigador revisará al menos el 50% de expedientes clínicos de los residentes, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Esther Lizbeth Islas Cruz al teléfono 775 154 5384.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Esther Lizbeth Islas Cruz al teléfono anteriormente mencionado.

-----	-----	-----
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

CARTA CONFIDENCIALIDAD

Pachuca de Soto, Hidalgo, a __ de _____ de _____

Investigador principal: Licenciada en Gerontología Esther Lizbeth Islas Cruz

Director de investigación: Doctor David López Romero

Codirector de investigación: Doctor Andrés Salas Casas

Asesor de Investigación: Doctor Eduardo Guzmán Ólea

Yo Esther Lizbeth Islas Cruz, estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo hago constar, en relación al protocolo No. ____ que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Estado de Hidalgo, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

A t e n t a m e n t e

Esther Lizbeth Islas Cruz

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESEMPEÑANDO FUNCIONES COMO (Interprete/ Traductor(a)/ Revisor(a) De Expedientes Clínicos/Otros)

Yo, Esther Lizbeth Islas Cruz, en mi carácter de revisor de expedientes, entiendo y asumo que, de acuerdo al **Art.16**, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio del cual soy la investigadora responsable. Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del **Art. 14**¹ de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

Esther Lizbeth Islas Cruz

2020

¹ “El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica”

BIBLIOGRAFÍA

1. Manzano FA. La teoría de la transición demográfica y su inexactitud para América Latina. Periodo 1950- 2000. Rev. de Geo. (Recife). 2016;33(3):29-47.
2. Ochoa-Vázquez J, Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez MC, et al. Aging: A look at the demographic transition and its implications for health care. Rev Enferm IMSS. 2018;26(4):273-280.
3. Gutierrez Robledo LM. Implicaciones para la salud del envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en México. En: d'Hyver C, Gutierrez Robledo LM. Geriatria. 3ª ed. México: Manual Moderno; 2014. p. 971.
4. Caraguay Salinas, P.F. (2019) Transición demográfica y sus implicaciones en la salud pública (examen complejo). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador. p. 28.
5. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2010;88:879-879.
6. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
7. Organización Mundial de la Salud. Objetivos del Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>
8. Forbes México. Inspección de coronavirus en México encuentra decenas de residencias de ancianos sin licencia. 2020. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/noticias-inspeccion-de-coronavirus-en-mexico-encuentra-decenas-de-residencias-de-ancianos-sin-licencia/>.
9. Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. Tomado de: Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto Envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2):57-62.
10. B. L. Mishara, R. G. Riedel. El proceso de envejecimiento. Ediciones Morata. 2000. 282 p.
11. Rocha Durán L. La vejez en movimiento. Un enfoque integral. Dunken. 2013. 232 p.

12. Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2006; 41(1):55-63.
13. García Martín MA. Aspectos psicosociales del envejecimiento. Diagnóstico. 2003;42(2):43-46.
14. Carbajo Vélez MC. Historia de la vejez. Ensayos. 2008;(18):237-254.
15. Trejo Maturana C. EL VIEJO EN LA HISTORIA. Acta bioeth. 2001;7(1):107-119.
16. Retamosa F. Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento. Universidad de la República de Uruguay. 2017.
17. Rodríguez Domínguez S. La vejez: Historia y Actualidad. Universidad de Salamanca. 1989. 9-22 pp.
18. Zetina, M. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de población. UAM.1999:(19).
19. Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF. UAEH. 2010.
20. Bravo-Segal S. Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. Discurso & Sociedad. 2018;12(1):1-28.
21. Rodríguez MP. Aguado T. Representaciones artísticas y sociales de la vejez. Midac. 2018. 27-9 p.
22. Gómez-Calcerrada F, Navarro Cortés N. Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional. IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. 2010.
23. Partida Bush V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Pap. Poblac. 2005;11(45):9-27.
24. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.^a Asamblea

- Mundial de la Salud, Ginebra. 2016 (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
25. Huenchuan S (ed.), Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Libros de la CEPAL. N° 154 (LC/PUB.2018/24-P) Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.
 26. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre). Datos nacionales. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf.
 27. González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. La situación demográfica de México 2015. CONAPO. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico
 28. Cardona Osorio Jorge. La salud pública en período de crisis. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(3):286-294.
 29. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. 1982.
 30. Dirección de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátrica. Enfermedades crónicas, principal motivo de pérdida de años de vida saludable en personas mayores. Boletín INGER. 201;2(3).14-17.
 31. d 'Hyver de las Deses C, León T, Martínez-Gallardo PL. Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2011; 54(5): 4-11.
 32. Dirección General de Comunicación Social, UNAM. Disponible en: <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/adultos-mayores-en-abandono-y-maltrato-unam/#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20el%2016%25%20de,y%20HUMANIDADES%20de%20la%20UNAM>.

33. Fuentes Reyes G, Flores Castillo FD. La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. Papeles de población. 2016;22(87):161-181.
34. Montoya Arce BJ, Montes de Oca Vargas H. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México. Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el estado de México. Mercado laboral y envejecimiento en el Estado de México. Cap II. Disponible en: http://web.uaemex.mx/cieap/libros/04_ana_cap_2.pdf
35. CONAPRED. Ficha Temática Adultos Mayores. Disponible en: <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20PAM.pdf>.
36. Gutiérrez, M., & Mayordomo. Age discrimination: a comparative study among university students. Acta Colombiana de Psicología. 2019; 22(2):53-61.
37. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. 2002. A/CONF.197/9.
38. Organización Mundial de la Salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. 2016;A69/17.
39. Muñoz Hernández, Roxana. Las políticas públicas de la vejez en México 2010. Rev. de Ciencias Soc. y Hum. 2011; 71(35-60).
40. Razo-González AM. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. Rev CONAMED 2014;19(2): 78-85, Muñoz Hernández R. Las políticas públicas de la vejez en México 2010. Rev. de Ciencias Soc. y Hum. 2011;71(32):35-60.
41. INAPAM. Manual General de Organización del Instituto Nacional de Atención a Personas Adultas Mayores. 2014. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/128/1/images/M anual%20General%20de%20Organizacion del INAPAM.pdf>.
42. INAPAM. Ejes rectores de la política pública nacional en favor de las personas adultas mayores. 2010. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/165823/Libro_ejes_rectores.pdf.

43. González Lamas JC. Evaluación de las acciones del INAPAM; avances y retos. salud púb. de méx. 2007;49 (edición especial): 349-52.
44. Ley de Asistencia Social. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 2004.
45. Gallardo Fernández MC. Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. Universidad de Rioja. 2016.
46. Minois G. Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento. Madrid. Nevea. 1987. Tomado de Quintanar Olguin F. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. México. PyV Editores. 2000.
47. Quintanar Olguin F. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. México. PyV Editores. 2000.
48. Lathrop F. Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. Rev. Chilena de Derecho. 2009; 36(1): 77-113.
49. Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrosa R. Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. Elsevier Masson. 2º edición. pp. 167-93.
50. Cifuentes Reyes P. Adulto Mayor Institucionalizado. Tesis. Santiago de Chile. 2005.
51. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-2012 de asistencia social. Prestación de servicios de Asistencia Social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. [En línea] Diario Oficial de la Federación. 13 de septiembre de 2012.
52. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013. Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. [En línea] Diario Oficial de la Federación. 12 septiembre 2013.
53. Valencia, MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev. Colomb. de Anestesiología. 2012; 40(3):192-94.

54. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Banco Interamericano de Desarrollo. 2019. p.cm. (Nota técnica del BID;1614).
55. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia/Secretaría de Salud. Acerca de DNIAS. <http://dnias.dif.gob.mx/acerca-de-dnias/>
56. Banda-Arévalo JP, Salinas Martínez R. Problemas Identificados mediante la Evaluación Geriátrica en un Asilo. Salud Pública Mex. 1992; 34(5):546-553.
57. Gutierrez Robledo LM, Reyes Ortega G, Rocabado Quebedo F, López Franchini C. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. Salud Pública Mex.1996; 38(6): 487-500.
58. Márquez Serrano M. Edición especial 1. Investigación para el diseño de políticas. XII Congreso de investigación en salud pública. 2007; 49. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7542/9990>.
59. Organización Mundial de la Salud. Maltrato a las personas Adultas Mayores. El papel del sector sanitario en la prevención y la respuesta. 2016. Disponible en:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/elder_abuse/WHO_EA_SPANISH_2017-06-13.pdf.
60. Azócar Valenzuela JM, Mohor Valentino C, Rioja Ponce R, Vargas Leyton M. Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores Protocolos SENAMA 2016. 2016;395. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM_WEB.pdf.
61. Massad Torres C, Herrera Muñoz F. Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores de SENAMA.2017. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estudio_ELEAM_SENAMA_FINAL_JULIO.pdf.
62. Roqué M, Fassio A, Arias C, Croas R. Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: relevamiento y evaluación. Primera edición.

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015. 280 p. Disponible en: http://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf
63. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917.
64. Ley General de Salud. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 1984.
65. CEPAL. Notas de Población No. 89. 2007. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12860/np89147185_es.pdf?sequence=1
66. Arrieta C. Casa hogar para adultos mayores en Morelia, con brote de Covid; hay 2 graves. 2020. El Universal. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/estados/casa-hogar-para-adultos-mayores-en-morelia-con-brote-de-covid-hay-2-graves>.
67. Carbonell M. Morir de Covid-19 en un asilo, el triste desenlace de algunos adultos mayores en México (1/5). France24. 2020. Disponible: <https://www.france24.com/es/20200623-soledad-adultos-mayores-morir-asilo-pandemia-covid19>.
68. Carrizales D. Reportan tercer brote de Covid-19 en asilo de ancianos de Nuevo León. El Universal. 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/estados/coroanvirus-reportan-tercer-brote-de-covid-19-en-asilo-de-ancianos-de-nuevo-leon>.
69. Lastiri D. Da positivo a Covid toda la población y personal de un asilo. El Universal. 2020. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/da-positivo-covid-toda-la-poblacion-y-personal-de-un-asilo>.
70. Tarazona-Santabalbina JF, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. Rev. Esp. de Geriatr. y Geront. 2020; 55(4):191-92.
71. Vega E. Implicaciones del envejecimiento en la Salud Pública moderna. En Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: [www.sld.cu › gericuba › enrique_vega_implicaciones_envejecimiento](http://www.sld.cu/gericuba/enrique_vega_implicaciones_envejecimiento).
72. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. 61º

- Sesión del comité regional. Washington, D.C., EUA.2009. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>.
73. Imaginario C, Machado P, Antunes C, Martins T. Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. Gerokomos. 2018; 29(2):59-64.
74. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
75. Quintanar E, Giber F. Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. Actual. Osteol 2014; 10(3):278-286.
76. Carballo-Rodríguez A, Gómez-Salgado J, Casado-Verdejo I, Ordáz B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos. 2018; 29(3):110-116.
77. Organización Mundial de la Salud. Caídas. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
78. Lara, M. D. R. H. (2006). La Asistencia Social en México. Letras jurídicas: revista de los investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas UV. (14): 203-227.
79. Orosco, C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. Universidad de Lima, Perú. 015, ISSN 1560-6139, pp. 91-104.
80. Segura-Cardona A, Cardona-Aranfo Doris, Segura-Cardona A, Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Rev. salud pública. 2015; 17(2):184-194.
81. Borda Pérez M, Anaya Torres MP, Pertuz Rebolledo MM, Romero de León L, Suarez García A, Suárez García A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Salud Uninorte. 2013; 29(1):64-73.
82. Ramírez Meneses DL. Los albergues privados para personas mayores en Pachuca de Soto, Hidalgo 2019 – 2020. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2021.

83. Vaca Bermejo R, Ancizu García I, Moya Galera D, Rodríguez MH, Torramadé JP. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1205-1216.
84. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. *Invest. Clín.* 2005; 46(3):219-228.
85. Díaz N, Meertens L, Solano L, Peña E. Caracterización Nutricional Antropométrica de Ancianos Institucionalizados y no Institucionalizados. *Invest. Clin.* 2005; 46(2): 111-119.
86. Currie-Roberts, E., y Savage, S. J. La adaptabilidad institucional en tiempos de la COVID-19. 2020.
87. INGER. Curso COVID-19 y residencias para adultos mayores. 2020. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/curso-covid19-residencias.html>.