



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de

Tabasco

México

Hernández Zamora, Zoila Edith

Estudio de viabilidad para el establecimiento de una clínica de atención a la salud del
adulto mayor

Horizonte Sanitario, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2005

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845045002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Estudio de viabilidad para el establecimiento de una
clínica de atención a la salud del adulto mayor**

Zoila Edith Hernández Zamora*

Universidad Veracruzana

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido:

22 de noviembre de 2005.

Fecha de aceptación:

14 de diciembre de 2005.

**DIRECCIÓN PARA RECIBIR
CORRESPONDENCIA**

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Apartado Postal 478, C.P.91000 Xalapa, Ver., tel 2812-5740, fax 2812-8683.
zhernandez@uv.mx.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las opiniones de una muestra de adultos mayores de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, con relación al establecimiento de una clínica de atención geriátrica en dicha ciudad.

Materiales y método: Se efectuó un muestreo sistemático con arranque aleatorio en 246 personas de 60 o más años, miembros de las siguientes instituciones: Quinta de las Rosas (estancia diurna para personas de la tercera edad dependiente del DIF Estatal), Clubes del INSEN del DIF Municipal y Jubilados del Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana (SUTERM). Se realizó un estudio piloto previo. Previamente a la aplicación del instrumento de medición consistente en un cuestionario de 82 preguntas en el que se incluyeron cuestiones relativas a: datos generales, datos socioeconómicos, información sobre salud en general, servicios de salud, nivel de satisfacción y opinión sobre el establecimiento, características y condiciones de uso de una clínica de atención geriátrica.

Resultados: Se llegó a una serie de consideraciones en cuanto a proponer un modelo de atención geriátrica para la atención al grupo de edad de referencia. Este proyecto está encaminado a servir de antecedente y a sentar las bases teóricas y empíricas que demuestren la necesidad de instaurar un prototipo de organismo integrado por un equipo interdisciplinario que satisfaga las necesidades de salud integral de la población senescente.

Conclusiones: La propuesta y ejecución de programas para elevar la calidad de vida del adulto mayor deben estar apoyados en hechos concretos y obtenidos a partir de la realidad y las necesidades por las actualmente atraviesan las personas que se encuentran en esta etapa de la vida.

Palabras clave: Vejez. Modelo de atención. Clínica geriátrica. Interdisciplinario. Salud.

* Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

SUMMARY

Goal: To know the opinions of a sample of adults bigger than the city of Xalapa, Veracruz, Mexico, with relationship to the establishment of a clinic of geriatrics attention in this city.

Materials and method: A systematic sampling was made with random outburst in 246 people of 60 or more years, members of the following institutions: Fifth of the Roses (day stay for people of the third dependent age of the State DIF), Clubs of the INSEN of the Municipal DIF and Pensioners of the Unique Union of Electrical Workers of the Mexican Republic (SUTERM). he/she was carried out a study previous pilot Previously to the application of the instrument of consistent mensuration in a questionnaire of 82 questions in which relative questions were included to: general data, socioeconomic data, information has more than enough health in general, services of health, level of satisfaction and opinion on the establishment, characteristic and conditions of use of a clinic of geriatrics attention.

Results: you arrived to a series of considerations as for proposing a model of geriatrics attention to the group of reference age. This project is guided to serve as antecedent and to sit down the theoretical and empiric bases that demonstrate the necessity to establish an organism prototype integrated by an interdisciplinary team that satisfies the necessities of the old age population's integral health.

Conclusions: The proposals and execution of programs to elevate the quality of the biggest adult's life should be supported in concrete facts and obtained at the moment starting from the reality and the necessities by those people that are in this stage of the life cross.

Key words: Old age. Model of attention. Geriatrics clinic. Interdisciplinary. Health.

INTRODUCCIÓN

La sucesión de cambios cada vez más acelerados en la comunidad mundial y nacional desde fines del siglo pasado y comienzos del presente, no permite elaborar ninguna conjetura acerca del status de la vejez, su interrelación o integración social y el futuro de su calidad y satisfacción por la vida.

Es notoria la explosión demográfica de los adultos mayores en el caso de nuestra sociedad actual y se incrementará notablemente en los primeros veinticinco años del tercer milenio. Mientras se espera esta situación, se están generalizando en este grupo de edad situaciones de marginación, inhabilitación y exclusión aunadas a condiciones de vulnerabilidad grave y en la mayoría de los casos, irreversible. (Strejilevich, 1999)

Este interés por la situación de los adultos mayores genera acciones de investigación orientadas a asegurar información sobre la cual poder fundar estrategias de atención. En la actualidad –principios del siglo XXI- se cuenta con un mínimo de información empírica en la que pueden fundarse algunas conclusiones. La información recogida sobre las necesidades y servicios considerados como más críticos por las personas mayores es consistente con un patrón de carácter universal: los sistemas de servicios de salud y seguridad social aparecen como los más importantes. El examen de estos sistemas ilustra la naturaleza compleja del problema de atención de la población senescente. En la práctica, la resolución óptima de esta cuestión exige cambios profundos en la manera como nuestras sociedades deciden y administran las cuestiones relativas a quién, qué, por qué, cómo, cuándo y a qué costo recibe beneficios, especialmente en épocas de carencia y demandas cada vez más complicadas y numerosas (Tapia, 1994).

El incremento de la población mayor de 60 años por una parte, y la permanente escasez de recursos por la otra, han puesto de relieve la importancia de la calidad y el tipo de atención que se les brinda, dado que lograr mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos. Desde el año de 1985, aproximadamente, a la fecha se ha insistido en la búsqueda de métodos que permitan evaluar esa atención para así poder planificar y asegurar una calidad adecuada en los servicios brindados a la mayoría de la población senecta (Fleishman, 1994)

Sumado a lo anterior, la cobertura de los servicios de salud para la población de 60 y más años es desigual tanto por lugar de residencia como por grupo de edad y género. Las características del adulto mayor en las zonas rurales de México muestran la iniquidad en la prestación de los servicios: 82% carecen de seguridad social y, en el caso de solicitar servicios médicos, primero acuden a los particulares y después a la SSA (Borges y Gómez, 1998).

En la realidad, la evolución de las instituciones prestadoras de salud es un ejemplo muy concreto de la respuesta social hacia la vejez, ya que demuestra cómo la sociedad ha invertido en la salud de la población económicamente activa con servicios de salud diseñados para atender a los trabajadores y sus familias sin anticipar las demandas de atención que resultarían de la transformación demográfica.

En muchos países los principales factores que impiden la institución de programas geriátricos incluyen carencia de información esencial y comparable, fracasos para vigilar los programas existentes, carencia de personal con conocimientos y capacitación en esta área, escasez de recursos económicos, duplicación de funciones, intereses políticos diversos y falta de enfoque adecuado a las condiciones locales y nacionales (De Gortari, 1993). Para poder superar todas estas barreras se requieren estudios que den orientación para poder decidir cuáles son las mejores alternativas y las propuestas correctivas al problema.

Por otra parte, el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso marcado en las enfermedades crónicas (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) como las principales causas de muerte (Secretaría de Salud, 1994). Estas son las que, de manera natural, afectan más a la gente mayor.

También es importante mencionar que el incremento en volumen y frecuencia de la demanda y de uso de servicios de salud por parte de la población senescente, el incremento de la diversidad y complejidad del tipo de servicios de salud demandados, el incremento en la longitud temporal de su uso continuo, y otros aspectos relacionados, se pueden traducir en un aumento en los costos sociales de atención a la salud, y un aumento de los gastos directos, personales y familiares, en uso de servicios de salud para personas de este sector poblacional (Stum y Bauer, 1996)

Una de las propuestas de solución a este problema es la elaboración de modelos de atención gerontológica, que consisten en un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, especialmente preparadas por el equipo de salud para un grupo de pacientes y sus familias que comparten necesidades y problemas médicos, psicológicos y sociales. Existe una gran diversidad de éstos e incluso pueden crearse otros o bien adaptarse los aplicados en otros países para un medio específico. (Morales, Rodríguez y Morales, 2000). Del equipo de salud depende tener todo el ingenio; creatividad y flexibilidad para crear los modelos que en cada caso se requiera para llenar las expectativas de la atención de una población geriátrica.

Los profesionales del área de la salud deben participar en el diseño de los planes y las estrategias, a fin de generar un sistema de atención a la salud adaptado a los padecimientos frecuentes crónicos, en especial múltiples. Además de tomar en consideración la medicina anticipativa, que puede hacer acciones de prevención para disminuir las posibilidades de daño en cuanto a corto o largo plazo.

Ante esta perspectiva, la presente investigación tuvo como objetivo conocer las opiniones de una muestra de adultos mayores de la ciudad de Xalapa, Veracruz, con relación al proyecto de establecimiento de una clínica de atención geriátrica en esta ciudad, así como sus características. Se recogió, además, información sobre su estado de salud, situación económica, tipos de servicios médicos que recibe y opiniones con relación a éstos. Con base en tal exploración complementada, conjuntamente, con fundamentos teóricos, es que se llegó a una serie de conclusiones en cuanto a proponer un modelo de atención geriátrica para la atención de la salud del adulto mayor. Así, el presente trabajo propone el establecimiento de una clínica para la atención a la salud integral de la población senecta de la ciudad de Xalapa, Veracruz, mismo que puede servir de guía para otras ciudades del país.

Es de reconocerse la problemática que el asunto plantea en cuanto a su viabilidad, por una parte porque el demandante, adulto mayor, en su mayoría no tiene recursos y los seguros médicos no cubren gastos relacionados con la vejez y para la otra, el oferente potencial, porque requiere demasiada especialización y por tanto de una gran inversión del sector público que es hacia donde va dirigida la propuesta, pero, concientes también del creciente aumento del grupo etario de referencia y de la necesidad de atención especializada para la evaluación, prevención, tratamiento de sus enfermedades así como el mantenimiento de su salud. Finalmente, este proyecto está encaminado a servir de antecedente y a sentar las bases teóricas y empíricas que demuestren la necesidad de instaurar un prototipo de organismo integrado por un equipo multidisciplinario que satisfaga las necesidades de salud integral de la población senescente.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estuvo constituida por personas de 60 o más años, miembros de las siguientes instituciones: Quinta de las Rosas (estancia diurna para personas de la tercera edad dependiente del DIF Estatal), Clubes del INSEN del DIF Municipal y Jubilados del Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana (SUTERM)

El tamaño de la muestra, de acuerdo a fórmula de Rojas (1995) fue de 246 personas seleccionadas proporcionalmente de acuerdo al número total de cada población y con el método de muestreo sistemático con arranque aleatorio, (Méndez, Namihira, Moreno, y

Sosa, 1991) para lo cual se elaboraron listas con los nombres de todas las personas que integraban cada agrupación. De cada agrupación participó el siguiente número de personas: Quinta de las Rosas: 53, Clubes del DIF Municipal: 178 y Jubilados del SUTERM: 15.

De esta muestra, conformada por distintos estratos sociales, 84.6%, era del sexo femenino, predominantemente viudas, cuya ocupación, en la mayoría, eran las labores domésticas. Al sexo masculino correspondió 15.4%. Con un promedio de edad para ambos de 72.1 años, 64.6% sin pareja (en su mayoría mujeres) y más del 50% de ellos: con escasa o nula escolaridad, con un predominio de la clase socioeconómica baja, provenientes del medio rural, sin ingresos económicos, sin jubilación ni pensión.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, en los sitios que a continuación se mencionan: en las instalaciones de la Quinta de las Rosas, en las colonias periféricas de la localidad mencionada y en el edificio donde se encuentra ubicada la Asociación de Jubilados del Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana (SUTERM).

Solamente se usó un instrumento de medición que consistió en un cuestionario de 82 preguntas elaborado por el equipo de investigación y en el que se incluyeron cuestiones relativas a: datos generales, datos socioeconómicos, información sobre salud en general, servicios de salud, nivel de satisfacción y opinión sobre el establecimiento, características y condiciones de uso de una clínica de atención geriátrica.

Se hicieron contactos iniciales con las autoridades de las instituciones de estudio y con las personas de la tercera edad para explicarles los objetivos del estudio, solicitar los permisos correspondientes y, en su caso, su cooperación para participar en las entrevistas.

En relación al contenido del instrumento de medición, se consultó a expertos para que evaluaran el cuestionario, particularmente, si las preguntas eran las pertinentes y estaban redactadas de manera comprensible, en especial por las características de la muestra (la mayoría, personas con baja escolaridad). También se llevó a cabo un estudio piloto.

Los cuestionarios se aplicaron a las personas de la tercera edad, de manera individual y a modo de entrevista en donde el mismo investigador hacía las preguntas y anotaba las respuestas, considerando que algunos de los entrevistados no sabían leer ni escribir o no veían bien.

RESULTADOS

Como parte de esta sección se da a conocer un primer análisis simple donde se citan los porcentajes que obtuvieron las más altas frecuencias y que resultan básicos para el objetivo de esta investigación.

– Más de la mitad (54.47%) de la población de estudio no tiene ningún ingreso económico y 43.90% no invierte ninguna cantidad en gastos médicos.

– En la muestra de estudio se detectó que 56.9% recurre con frecuencia a solicitar servicios médicos (de una a seis veces en un lapso de tres meses). El servicio más solicitado es la consulta médica

– Las enfermedades o incapacidades más frecuentes y presentadas de mayor a menor ocurrencia son: problemas de visión (78.9%), hipertensión arterial (39.8%), artritis o reumatismo (39.4%), neurosis (35%), sordera, de ligera a severa, (26.4%), flebitis (25.2%), enfermedades del oído (22.4%), enfermedad del riñón (20.7%), gastritis (19.9%), diabetes (19.1%), entre otras con porcentajes menores, pero no por ello menos importantes. Aquí cabe mencionar que hubo quien reportó tener hasta doce enfermedades simultáneamente y que sólo 2.5% se reportó sin ninguna enfermedad.

– Un porcentaje mínimo (6.1% en el transcurso del último año) de ellos ha requerido los servicios de hospitalización en lo que se refiere a internamiento.

– Porcentajes bajos de esta población llevan algún régimen alimenticio (24.8%), hacen ejercicio (28.9%) y/o toman complementos alimenticios (28.9%).

– A 39.4% lo que más le preocupa es su salud, seguido muy cercanamente por su familia (37.4%) y ya, en un porcentaje mucho menor, su situación económica (11.8%).

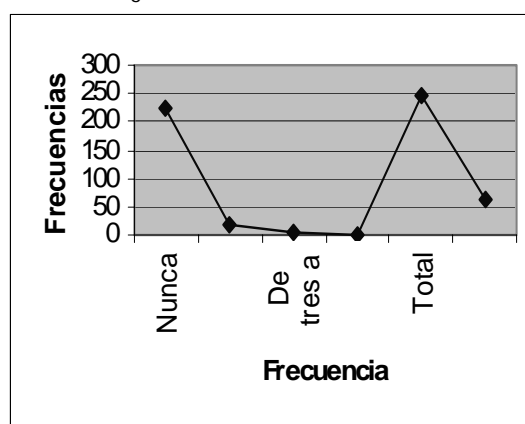
– La salud de la mayoría de esta población es atendida por instituciones como el IMSS (36.2%) y el ISSSTE (12.6%), seguidas por diversas instituciones del sector salud público (27.2%) y en un porcentaje menor de manera particular (19.11%). En cuanto a la calidad de la atención médica que reciben, 61% la califica como de buena a muy buena.

– 37.8% asiste al médico cuando menos una vez al mes y 19.1% va una vez cada dos o tres meses. Pero casi en su totalidad acuden al médico cuando es necesario. Cerca de la mitad (42.7%) afirmó que sus gastos médicos son cubiertos por sus hijos, pero no saben cuánto tiempo más podrán cubrirlos. Aunque también cerca de la mitad (43.9%) afirmó no invertir nada en gastos médicos.

– Más de la mitad (58.2%) de los entrevistados opina que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) puede satisfacer la demanda de atención especializada para adultos mayores. Aunque cuando se les preguntó si opinaban que la Secretaría de Salud podría satisfacer tal demanda de atención, 72.8% respondió afirmativamente.

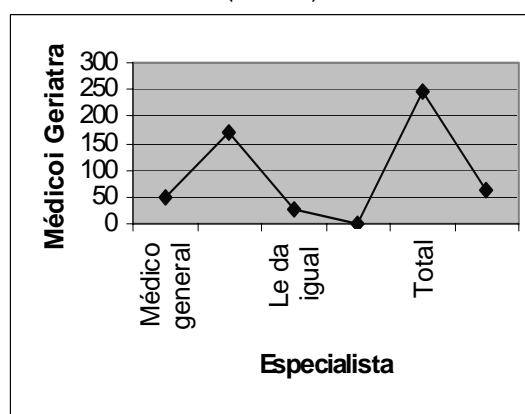
Un segundo análisis presenta de manera gráfica (a modo de frecuencias) las cuestiones que son relevantes en cuanto al establecimiento de una clínica de atención especializada en la atención a mayores, de acuerdo a la Figura 1, una frecuencia significativamente alta nunca ha visitado a un médico geriatra.

Figura 1.
Distribución según las veces que ha consultado a un geriatra durante el último año

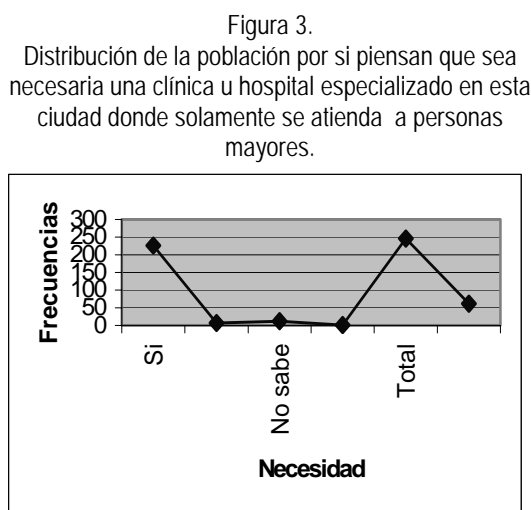


Aunque, una frecuencia significativamente alta de la población nunca ha visitado un médico geriatra, el comportamiento de la Figura 2 muestra que una frecuencia también significativamente alta de la población prefiere que la atienda un médico geriatra; y a una frecuencia mínima le da igual.

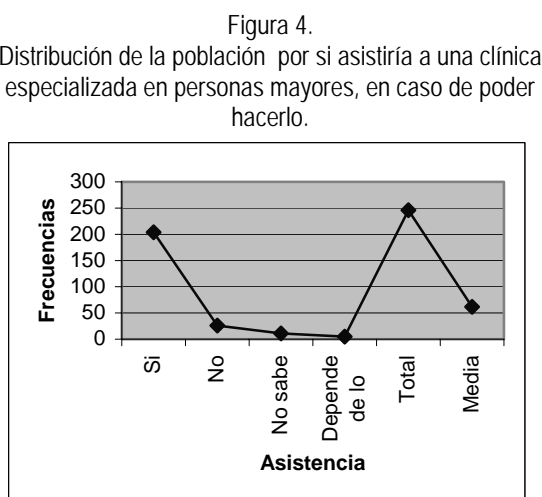
Figura 2.
Distribución de la población por quién prefieren que los atienda para el cuidado de su salud, un médico general, o un especialista en personas mayores (Geriatra)



De acuerdo al comportamiento de la Figura 3, una frecuencia significativamente elevada de la población percibe la necesidad de una clínica especializada para la atención de adultos mayores en esta ciudad.

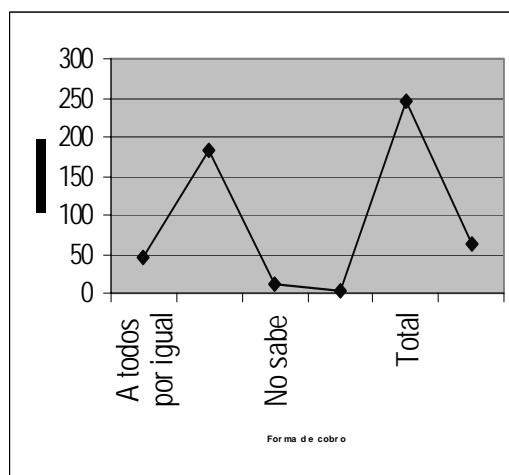


Acorde a la necesidad de una clínica especializada, la Figura 4 muestra una frecuencia significativamente alta de la población que opina que sí asistiría a consulta y aprovecharía los servicios que ofreciera dicha clínica.



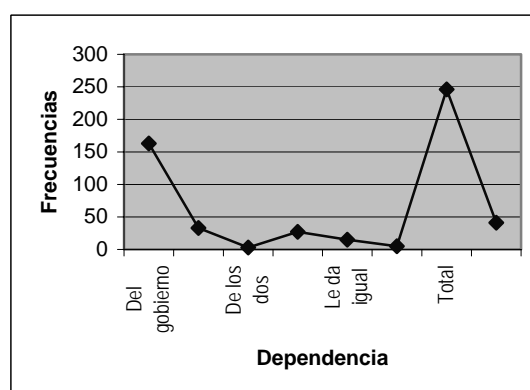
De acuerdo al comportamiento de la Figura 5, una frecuencia alta de la población manifestó que se deberían cobrar los servicios de acuerdo a las posibilidades económicas de cada persona.

Figura 5.
Distribución de la población por cómo creen que deberían cobrarse los servicios de esta clínica



De acuerdo al comportamiento de la figura 6, la opinión significativamente más alta sobre quién debería financiar esta clínica se inclina al gobierno (ya sea federal y/o estatal), aunque una frecuencia no significativa de la población manifestó que la podría costear la iniciativa privada.

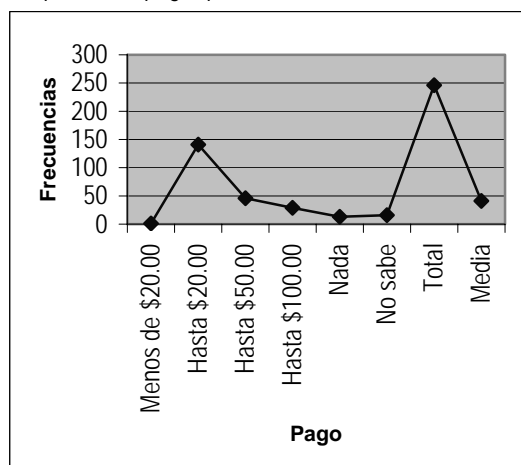
Figura 6.
Distribución de la población por de quién creen que debería depender esta clínica.



Como se muestra en la Figura 7, un número elevado de la población estaría dispuesto a pagar hasta \$20.00 por los servicios que ofreciera la clínica. Lo que está relacionado en gran medida con los resultados presentados en la gráfica 5, en donde la mayoría de las personas respondió que se debería de pagar de acuerdo a los recursos financieros de cada quien, que como ya ha sido mencionado, son escasos o nulos.

Figura 7.

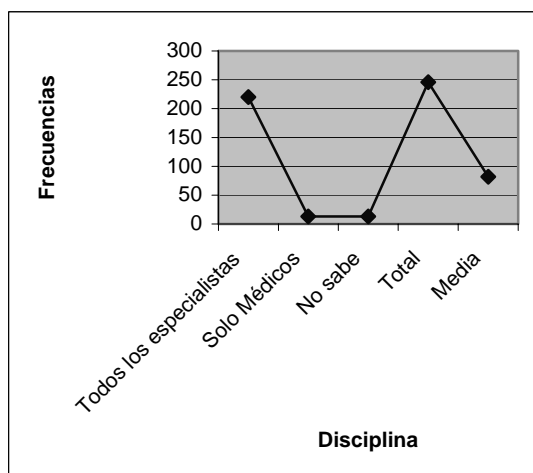
Distribución de la población por la cantidad que estarían dispuestos a pagar por los servicios de esta clínica.



La clínica debería estar integrada por un equipo multidisciplinario para la atención de la salud de los adultos mayores, según lo muestra el comportamiento de la Figura 8, con la finalidad de ofrecer una atención integral y de calidad.

Figura 8.

Distribución de la población por si creen que esta clínica debería contar con especialistas en personas mayores, como médicos geriatras, psicólogos, enfermeras, gericulturistas, trabajadores sociales, nutriólogos, dietistas, o solamente médicos



DISCUSIÓN

Los resultados derivados de esta investigación comprueban que los porcentajes de enfermedades más altos corresponden a padecimientos de tipo crónico-degenerativo, como lo son las enfermedades del sistema circulatorio y del sistema osteomuscular, las cuáles requieren de tratamientos largos, costosos y especializados; además de una atención específica en cuanto a su tratamiento y prevención en las personas mayores.

En cuanto a la distribución y la absorción de los costos y de los gastos de la atención médica, en lo que toca a nuestro país, éstos adoptan tres formas: la primera forma, está integrada por la Secretaría de Salud misma que presta atención a la "población abierta". La segunda forma está integrada por las dependencias de "entrega" de atención a la salud del IMSS y del ISSSTE. (Durán, Sánchez, Vallejo, Carreón y Franco, 1996; Maceira, 1996). La tercera forma es la que corresponde al pago directo por parte de los usuarios.

Con relación a estas formas de atención a la salud, en el presente estudio queda demostrado que la mayoría de las personas entrevistadas requieren de servicios médicos y que, en su mayoría recurren a instituciones públicas del sector salud como son el IMSS, el ISSSTE, el DIF y otras dependencias de la Secretaría de Salud y que, aquellos que consultan a un médico particular son los menos, y casi nulo el que asiste a un especialista en geriatría, servicio que no se da en ninguna de las dependencias públicas citadas. De lo que se infiere que posiblemente desconozcan la funcionalidad, utilidad y existencia de geriatras en la ciudad donde se realizó esta investigación y de saberlo, lo más probable es que no cuenten con los recursos económicos necesarios para acudir con este especialista.

En cuanto al uso de estos servicios y, contrariamente al resultado de otras investigaciones de este tipo (Huerta, 1999), en donde se menciona que la mujer hace mucho más uso de los servicios médicos, en este estudio la frecuencia con que solicitan la atención médica fue similar para ambos sexos.

Habitualmente la salud del adulto mayor se deteriora con los años de éste, no puede tener la misma fuerza y capacidad física que un joven, pero esto no significa que una persona mayor tenga que enfermarse con frecuencia y mucho menos suponer que la enfermedad es parte natural del envejecimiento. ¿Qué hacer para estar sano? En este estudio, a pesar de que más de la mitad de los adultos mayores contestaron sí saber como cuidar su salud y evitar enfermedades, muy pocos son los que cuidan su alimentación, hacen ejercicio (a pesar de la mayoría contestó que no tenían ningún impedimento físico para hacerlo) o toman complementos alimenticios y muchos menos los que hacen las tres cosas.

Generalmente se da como un hecho que los tres principales factores para una buena calidad de vida son la salud, el aspecto económico y el afectivo, (en el presente estudio primero fue la salud, después lo afectivo, y la situación económica en tercer lugar), la salud parece ser una preocupación fundamental en la vejez, así como la situación económica; seguramente así sea, pero todavía es posible discutir cuál de estos tres factores es determinante en la calidad de vida (Casas, 1998).

Otra de las situaciones que dificultan la valoración del estado de salud de los ancianos es la presencia de varias enfermedades al mismo tiempo (multimorbilidad), en esta investigación hubo una persona que llegó a reportar hasta doce enfermedades al mismo tiempo.

Así mismo, el crecimiento de la población de ancianos ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la gerontología, lo que conlleva cambios de actitud hacia el adulto mayor. Además de la suministro de servicios, los ancianos necesitan tener un contacto estrecho con las personas que los proporcionan, quienes actúan también como acompañantes y/o confidentes.

Para afrontar esta problemática, afirmación a la que también llegaron los entrevistados, se hace necesaria la participación de un equipo multidisciplinario formado por médicos geriatras y gerontólogos, enfermeras gerontólogas, gericulturistas, terapeutas físicos, trabajadoras sociales, psicólogos, dietistas, odontólogos y podólogos (Conde, 1998). Equipo que debe trabajar en un establecimiento, llámese clínica, hospital de día, hospital geriátrico o como resulte más adecuado.

Basados en las respuestas dadas por los senectos del estudio y teniendo en consideración las características que debería tener la propuesta del modelo a seguir para la atención de la salud de los mismos, es que se estudiaron las particularidades de dos de los tantos modelos (Morales, Rodríguez y Morales) que existen para la atención de este grupo etario, las que se mencionan a continuación:

Hospital de día: es una alternativa para las estancias hospitalarias largas, pues disminuye en forma significativa los gastos en la atención de la salud de la persona mayor, permitiéndole irse independizando poco a poco de los cuidados hospitalarios, situación que ayuda a su autonomía, disminuyendo tanto los costos económicos de la hospitalización como sus peligros o dificultades.

Unidades de evaluación geriátrica: en estos lugares se concentran los recursos médicos y diagnósticos para la evaluación del estado del paciente y pueden ubicarse en servicios de consulta externa, dentro de los modelos tradicionales como en el hospital, en los servicios de rehabilitación (Fleites, 1995), así como en cualquier medio, evitando una permanencia en el hospital, que aunque corta puede tener consecuencias severas.

El tipo de clínica que se propone en este trabajo reúne ambas condiciones, teniendo como primera consideración que se respete la autonomía, voluntad y calidad de vida de la población geriátrica a la que se destine, sin pasar a ser una cuestión política, de lucro personal o una mera improvisación. Justamente por lo mencionado es que se realizó esta investigación, ya que el equipo geriátrico podría planear mejor estos servicios si antes consultara con los propios viejos sus necesidades y preferencias.

La propuesta del presente proyecto no incluye la cuestión referente a cuidados hospitalarios, ya que la hospitalización de los pacientes viejos, en la mayoría de los casos suele ocasionar temor, desesperanza, desconfianza, agotamiento, soledad, confusión, declinación, conflicto y tantos otros sentimientos adversos que experimentan los pacientes cuando por alguna circunstancia es necesario hospitalizarlos y cuya estancia se prolonga por complicaciones. De hecho, el hospital es un lugar hostil para muchos de los ancianos frágiles con enfermedades graves, ya que son vulnerables al ambiente hospitalario, el reposo forzado en cama, el estrés y la iatrogenia (Romero y Rodríguez, 2000).

De ahí la finalidad del estudio de proponer un tipo de atención geriátrica donde el paciente añoso acuda, ya sea a llevar un control de su salud (prevención) que le permita llevar una vida independiente, o bien, a hacer uso de los servicios para la evaluación de su salud y/o el alivio de sus padecimientos. Basándose también en los resultados del estudio, pudo observarse que, en la muestra estudiada, es muy bajo el porcentaje (6.1%) de personas que requirió hospitalización, al menos en el transcurso del último año.

La propuesta que se menciona se hizo a partir del fracaso de los esquemas tradicionales de sistemas de salud y de seguridad social, sistemas en los cuales los problemas y necesidades de la población senecta permanecen ignorados. Las decisiones sobre políticas públicas de servicios favorecen a los grupos más numerosos y efectivos en su capacidad para articular y promover sus intereses.

Tomando en consideración las propuestas consideradas para la realización del Plan Nacional Gerontológico (Conde, 1998) en donde se incluye el desarrollo de modelos de asistencia para el grupo etario mencionado y en base a las respuestas otorgadas por la población consultada es que se llegó a las siguientes recomendaciones para el planteamiento de las características que debe reunir una clínica para la atención integral del adulto mayor.

Características propuestas para la clínica de atención integral a la salud del adulto mayor

- Estar ubicada, preferentemente, en una ciudad (para que también tengan acceso los lugares circunvecinos).
- Destinar sus servicios única y exclusivamente para personas de 60 o más años.
- Tener derecho, cualquier persona que cumpla con el requisito anterior a solicitar los servicios, sin importar su clase o condición socio-económica.
- Tener informado al paciente sobre sus condiciones de salud, para decidir junto con el equipo multidisciplinario las metas y características del tratamiento.

- Cobrar los servicios de esta clínica dependiendo de los recursos de cada persona.
- Especificar que sólo en casos de urgencia, el profesional de la salud correspondiente acudirá al domicilio del paciente.
- Determinar que, preferentemente, la clínica dependerá del gobierno, es decir, del sector público.
- Tener en consideración que la mayoría de las personas lo más que puede pagar por consulta médica son \$ 20.00 M.N.
- Puntualizar que los servicios que no se refieran a consulta médica, como estudios de gabinete, análisis, rehabilitación, curaciones, tratamientos dentales, psicológicos, psiquiátricos y otros, se cobrarán dependiendo de los recursos de la persona.
- Contar con los servicios de especialistas en personas mayores, como médicos, psicólogos, enfermeras, gericulturistas, trabajadoras sociales, nutriólogos, dietistas, odontólogos, podólogos, etc.
- Establecer que sólo se dará consulta, o cualquier otro servicio para el mejoramiento de la salud, de tipo externo, no tendrá instalaciones para aquellos pacientes que requieran hospitalización.
- Señalar, que, en lo que se refiere a la adquisición de medicamentos, el gobierno deberá instaurar un plan de tal manera que éstos sean accesibles, en especial para aquellas personas que carecen de recursos económicos.
- Llevar a cabo programas destinados a la prevención de enfermedades y al autocuidado de la salud.
- Incluir a los servicios de rehabilitación como parte de las funciones.
- Instaurar como política principal que el trato que se dé a los pacientes deberá ser de calidad total, lo cual quiere decir que, además de que la atención médica o de cualquier otro tipo sea excelente el cuidado que se les brinde será expedito, amable, paciente y afectuoso.
- Diseñar las instalaciones del modelo propuesto con las siguientes condiciones: funcionales, armoniosas en cuanto a su conjunto (áreas verdes, consultorios, salas de rehabilitación, de espera, área de recepción, de información y demás).

CONCLUSIONES

Es recomendable hacer más investigaciones en relación al adulto mayor sobre todo en lo que se refiere al aspecto salud y socioeconómico, la propuestas y ejecución de programas para elevar su calidad de vida deben estar apoyados en hechos concretos y obtenidos a partir de la realidad y las necesidades por las actualmente atraviesan las personas que se encuentran en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Borges, A. y Gómez, H. (1998). Uso de los servicios de salud por los ancianos. *Salud Pública de México*, enero-febrero. 40(1) : 13-23
- Casas, G. (1998) Salud, dinero y amor...¿y el autocuidado?. En: M. Suárez (Comp.) *Gerontología 2000* (pp. 115-120) México: Edit. Praxis
- Conde, M. (1998). La gerontología y sus acciones e interacciones del equipo multiinterdisciplinario. En: M. Suárez (Comp.) *Gerontología 2000* (pp.30-33) México: Edit. Praxis.
- De Gortari, E. (1993) Servicios de salud para el anciano. En: A. Uribe (Coord.) *VIII Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología de México* (pp. 21-25). Ediciones Medicina y Sociedad.
- Durán, A., Sánchez, R., Vallejo, M., Carreón, J. y Franco, F. (1996) Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud pública de México*, 38 (1): 501-512.
- Fleishman, R. (1994). Evaluación de la calidad de la atención al anciano. En: E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas, M. Sánchez (Eds.) *La atención de los ancianos, un desafío para los años 90*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Fleites, O. (1995) Técnicas de evaluación geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*. Mayo-agosto. 1-5.
- Huerta, R. (1999) La situación de las personas de la tercera edad en México. Tendencias y políticas de Estado. En: D. Méndez (Coord.) *Mujer de tercera edad y seguridad social (Memorias)*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Maceira, D. (1996) *Fragmentación e incentivos en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*. Documento de Trabajo No. 391. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (1991) El protocolo de investigación. México: Trillas.
- Morales, P., Rodríguez, R. y Morales, J. (2000) Modelos de atención gerontológica En: R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas y C. D.Hyver (Eds.): *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rojas, R. (1995) Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Romero, C. Rodríguez, R. (2000) Riesgos de la hospitalización. En: R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas y C. D.Hyver (Eds.): *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Secretaría de Salud (1994) *Encuesta Nacional de Salud II*. México: Laboratorio Gráfico Editorial
- Strejilevich, L. (1999) Aspectos sociodemográficos y biopsicosociales de la vejez. En: *Primeras jornadas para una mejor conciencia gerontológica* (pp: 69-80) Buenos Aires: Asociación Mutual de Agentes de Organismos de la Tercera Edad (AMAOTE).
- Stum, M y Bauer, J. (1996) Out of pocket home care expenditures for disabled elderly. *Journal of Consumer Affairs*, 30 (1): 24-47.
- Tapia, J. (1994) Los ancianos y las políticas de servicio en América Latina y el Caribe. En: E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas, M. Sánchez (Eds.): *La atención de los ancianos, un desafío para los años 90*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.