

**Secretaria de Salud**  
**Centro Nacional de Programas Preventivos y**  
**Control de Enfermedades**

**Relatoría sobre la Tercera Reunión Mesoamericana**  
**del Programa de Atención al Envejecimiento**

**Del 16 al 20 de junio de 2014**

**World Trade Center, Ciudad de México**

**Países invitados:**

**Colombia**

**Costa Rica**

**Guatemala**

**Panamá**

**República Dominicana**

**Belice**

# **Relatoría sobre la Tercera Reunión Mesoamericana del Programa de Atención al Envejecimiento**

**Lunes 16 de junio de 2014**

## **Mensaje de Bienvenida**

**Dr. Jesús Felipe González Roldán**

El día 16 de junio del 2014 en el salón H, del Hotel Holiday Inn se inició con el mensaje de bienvenida por parte de las autoridades del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). El Dr. Jesús Felipe González Roldán, Director General del CENAPRECE, dio la bienvenida a los participantes de esta Reunión Mesoamericana 2014 denominada "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor", donde enfatizó la importancia de los determinantes sociales en la salud pública; además, comentó que hoy más que nunca, la atención de la problemática en salud pública debe tener un abordaje multidisciplinario y resaltó que México tiene uno de los mejores sistemas de salud en el mundo.

El Dr. González Roldán, también habló sobre los esquemas de financiamiento en salud y vigilancia epidemiológica, política fiscal, así como del éxito de las modalidades de atención intermedia y la experiencia generada en el área.

Para el Dr. González Roldán, en nuestro país la formación de recursos humanos en geriatría es aún deficiente conservándose el patrón de generación de recursos en pediatría y obstetricia cuando las tasas de natalidad y fecundidad han ido en franca disminución con un pobre aprovechamiento de estos recursos.

A la reunión mesoamericana acudieron representantes de los siguientes países: República Dominicana, Costa Rica, Guatemala, Belice, Colombia, Panamá y México. El Lic. en Relaciones Internacionales Antonio Alanís acudió a la reunión como representante de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México.



## Encuadre

**Dra. María Esther Lozano Dávila**

En su intervención la Dra. María Esther Lozano Dávila, subdirectora de atención al envejecimiento, explicó en el encuadre, la dinámica a seguir durante el desarrollo del taller y resto de la Reunión Mesoamericana.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

## Dinámica Grupal

**Lic. en Psic. Gloria Elena Vargas Esquivel y la Lic. en Psic. J. Angela Rosas Tlalapa**

La Lic. en Psic. Gloria Elena Vargas Esquivel y la Lic. en Psic. J. Angela Rosas Tlalapa coordinaron una dinámica grupal integradora entre los diversos participantes de los países asistentes que consistió en elaborar 5 preguntas individuales a cada asistente con motivo de conocerse e identificar qué es lo que es lo que el adulto mayor pierde en su rol social.



## Estrategia Nacional en Obesidad y Diabetes Mellitus

**Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís**

La primera ponencia de la Reunión Mesoamericana corrió a cargo de la Dra. Raquel Gabriela Ortiz Solís, que habló sobre el impacto de la obesidad y la diabetes mellitus como un problema de salud pública a nivel mundial y por supuesto en México. Los determinantes sociales de la salud tienen un papel fundamental en la generación de los padecimientos abordados en el tema. La salud empieza en casa y los estilos de vida inician en el hogar. Remarcó que el 31 de octubre del 2013 se generó el compromiso presidencial de llevarse a cabo la Estrategia Nacional en Obesidad y Diabetes Mellitus por todos los actores de la salud en México. La detección temprana así como la atención eficaz en el primer nivel serán acciones básicas para el control de la obesidad y la diabetes. La información oportuna por medio de campañas masivas será una herramienta importante para difundir información medular sobre la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



Durante la ponencia hubo intervención de los asistentes hablando de problemática específica de sus países para el control de la diabetes mellitus y la obesidad.



## **Panorama del Envejecimiento en México y Programa de Acción Específico: Envejecimiento**

**Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera**

En la segunda ponencia intervino el Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera, médico internista y geriatra adscrito al CENAPRECE explicó que México se encuentra en un proceso de franco envejecimiento poblacional. Destacó como principales factores para el desarrollo del envejecimiento poblacional en nuestro país la disminución de las tasas de mortalidad, fecundidad y mortalidad además de otros como fenómenos migratorios, aumento de la esperanza de vida y demás fenómenos que han hecho a México un país envejecido. Datos relevantes vertidos en su ponencia es que según la CEPAL para el año 2050 cerca del 25% de la población general de América Latina y el Caribe serán personas adultas mayores. También comentó que debido a los cambios de la composición de la población mexicana las entidades nosológicas más trascendentes en el grupo de 60 años y más constituyen un mosaico de padecimientos crónico-degenerativos, infecto-contagiosos y neoplasias



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

destacando en este grupo de edad el cáncer de próstata, mama y cáncer cérvico-uterino, entre otros. Por último, remarco las partes fundamentales del Plan de Acción Específico 2013-2018 el cual está basado en el Plan Nacional de Desarrollo de la Nación.

## **Políticas Públicas en Materia de Envejecimiento**

**Lic. Edgar García**

El Lic. en Ger. Edgar García Fuentes abordó en el marco de los derechos humanos, el derecho a la salud, realizando una revisión a los tratados y convenciones internacionales de los cuales los países participantes comentaron su conocimiento al respecto. El Lic. García, continuó con la legislación mexicana en la cual se describió cómo se fundamenta la creación de políticas públicas en materia de envejecimiento a través de la perspectiva de los derechos humanos.



## **Modelos de Atención Integrada**

**Dra. Diana Carrasco Alcántara**

En su participación la Dra. Carrasco habló acerca de la infraestructura y funcionamiento de los modelos de atención integrada de las personas con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, destacando el modelo UNEME. Su objetivo es "contar con un modelo de atención institucional para atender a personas con padecimientos de sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, otorgándoles un manejo integral, interdisciplinario, basado en la evidencia científica, la experiencia clínica y las expectativas del paciente". Remarcó la importancia del equipo multidisciplinario que integra a las UNEME's y mencionó que si después de un año de intervención

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

y vigilancia por parte del equipo no hay un control del paciente, se referencia a segundo nivel de atención.



### **Mesa Redonda: Modelos de Atención en el Adulto Mayor en México**

**Dra. Leticia Jaimes Betancourt, Dra. María del Carmen Ceballos Urbina, Dra. Carolina Rayón Rangel, Dr. Javier A. Calleja Olvera**

En la mesa redonda, los integrantes hablaron acerca de los modelos de atención en sus instituciones para ver el Plan de Atención al Envejecimiento y qué tipo de modelo prevalece. La Dra. Jaimes Betancourt, perteneciente al IMSS, plantea cómo el envejecimiento es un proceso más de la vida con definiciones diferentes por parte de algunos autores incluyendo a la ONU de manera general y, menciona que las estrategias educativas de promoción de la Salud de PREVENIMSS promueven un “envejecimiento activo”, además de otros programas como GERIATRIMSS y otros más que incluyen diferentes edades como población infantil, adolescente y población adulta joven. La Dra. Ceballos Urbina, por parte del ISSSTE, menciona que el modelo contempla la importancia de tomar en cuenta las políticas públicas en salud para tomar conciencia y sensibilización respecto a este grupo etario; el autocuidado es entonces, imprescindible en su modelo para lograr la autonomía e independencia de la población adulta mayor. La Dra. Rayón Rangel, habló de los modelos de SEDENA y SEMAR y comentó que en la Secretaría de Marina, el programa inició en el año 2001 por los cambios observados en la transición demográfica, centrándose en aspectos relativos a la promoción y prevención de la salud en pro de un

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



envejecimiento activo y sano, con énfasis en el proyecto de vida posterior a la jubilación, crean así el modelo de atención gerontológico, la residencia naval del adulto mayor y, el centro de día naval. En el modelo de atención al envejecimiento del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSFAM), se creó la casa hogar para militares retirados, constituido como un modelo de atención geronto-geriátrico a corto y largo plazo, con diferentes actividades recreativas y servicios personales como podólogos, dentistas, clases de baile, natación, entre otros más, con miras a lograr un lugar gerontológico abierto como centro de día. Se procedió por último, a responder las preguntas respecto a estos modelos que predominan en México por parte de las instituciones involucradas. República Dominicana, resalta la necesidad de abordar programas que incluyan cuidado en la persona adulta mayor, respecto al VIH con énfasis en la transversalidad y la Dra. Lozano responde qué institución aborda esta problemática. Panamá comenta la necesidad de contemplar cuidados paliativos en el adulto mayor con enfermedades terminales y tema que no ha sido abordado en el taller. Responde ISSSTE que existen cursos de tanatología y psicogeriatría que tocan estos temas y la capacitación que existe al respecto, con énfasis en la humanización que ha sido perdida en el ámbito médico e institucional. República Dominicana comenta el abuso de viagra en este grupo etario y la prostitución, y cómo la sexualidad es un tema que debe ser tratado a fondo para poder prevenir riesgos innecesarios; la sectorización del adulto mayor es prioritaria para que no escape nada respecto al cuidado de la población adulta mayor. El Dr. Calleja entregó las constancias a las instituciones participantes: ISSSTE, IMSS, SEDENA Y SEMAR.





**Martes 17 de junio de 2014**

## **Modelos de Atención en Mesoamérica**

### **Costa Rica**

Considera que uno de los principales objetivos para la atención de la persona adulta mayor es no solo capacitación del personal de salud, sino a todas las personas que de alguna manera participan en la atención del adulto mayor, para lograr la geritricización a todo el personal, esta se realiza de manera virtual por falta de presupuesto.

Para la atención del adulto mayor, se realiza un tamizaje que sirve para saber el tipo de atención, su nivel y el seguimiento a través de una gestoría.

El geriatra realiza consulta diferenciada, capacita al personal del segundo y tercer nivel de atención para la atención geriátrica.

Existen normas programáticas para determinar el tiempo de atención de consulta externa general y especializada (12 min y la de especialidad es de 30 min.) misma que debe modificarse para esta población por ser insuficiente el tiempo para su atención.

El país no tiene un registro específico de causa de morbi y mortalidad y requiere promover la investigación.

### **República Dominicana**

Cuenta con el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente desde 2010 así como algunas leyes como la 352/98 se están haciendo modificación a la ley del Seguro Social y a la Ley Laboral, lo que le permitirá tener un A.M. productivo, participativo y protegido.

Se están realizando otros cambios de tipo legal para evitar que sean excluidos de algunos derechos.

Se tiene un organismo rector del Sector Salud, existen centros de día donde se atiende la recreación, alimentación, programas de envejecimiento y atención de diabetes, hipertensión, se realiza vacunación, visitas domiciliarias para brindar los servicios y proporcionar los planes de salud todo esto a través del médico la enfermera, trabajo social.

En las unidades de atención primaria se realiza rehabilitar y atención de las enfermedades catastróficas.

Con relación a la capacitación, se tiene una residencia médica en geriatría donde egresan 6 geriatras por año, además se tienen en atención primaria del adulto mayor

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

Se está integrando al adulto mayor indígena para que tenga acceso a los hospitales.

Existen 28 asilo o residencias permanentes

Por otro lado, se brinda alimentación suplementaria de manera mensual (leche, proteínas y otro tipo de alimentos) Al tener una gran cantidad de inmigrantes es necesario duplicar los recursos.

Conclusiones, de deben unificar criterios entre todos los países mesoamericanos ya que tenemos problemas similares

### **Belice**

La esperanza de vida al nacer en los A.M. De 70 años y más es de 74 y 72 años para la mujer y el hombre respectivamente.

Se tiene un incremento en diabetes mellitus, hipertensión y cáncer.

Se brinda atención primaria y secundaria la cual puede ser exenta de pago si el adulto mayor no tiene dinero.

Se tienen servicios de salud mental, donde la depresión es una patología importante, además de que se tiene un residencia psiquiátrica.

En 2003 se crea el Consejo para el adulto mayor el cual es el plan para este grupo de edad

Se tiene una pensión no contributiva a los 75 años lo que da una seguridad financiera con 35 dólares en 2012 incrementándose a 59 dólares.

Hay servicios de recreación y atención domiciliarios

Dentro de los pendientes esta: Políticas, Ley de los adultos mayores, pensión universal, transporte. No se tienen enfermeras geriátricas ni gerontólogos por lo que se está realizando un convenio con Cuba.

### **Guatemala**

Se tiene una política parecida a Costa Rica, se tiene el Comité Nacional de Atención a la Vejez que pertenece a la esposa del presidente, por lo que es mas política, se han realizado esfuerzos para la atención de los A.M. pero los partidos políticos lo han manejado para su beneficio.

Por este motivo el comité desapareció durante 6 años, y no es posible sesionar de manera permanente por falta de asistencia de las autoridades.

Se tiene una ley muy compleja sobre el adulto mayor.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

Existe además el Comité Nacional para Discapacidad los cuales tienen la misma ley que adulto mayor pero ellos tienen el aporte económico que le corresponde a la vejez.

Dentro de la Seguridad Social no existe diferencia entre adulto y adulto mayor. Actualmente el Congreso está interesado en saber que se está realizando pero desgraciadamente es con fines electorales.

Se tiene el Instituto de Seguridad Social con 4 unidades, solo se tienen 4 geriatras en Guatemala y estos no dan consulta solo están en puestos administrativos, por otro lado el Ministerio de Salud Pública tiene un solo geriatra en el servicio

Se tiene guías específicas para el primero y segundo nivel para la atención diferencial, así como hogares permanentes manejados por ONGs y el gobierno solo tenía 2 centros de día mismos que se quitaron ya que falta una cultura para el A.M.

Se solicitó recurso a OPS para la publicación de las cartillas de salud pero esta solo tiene presupuesto de 700 dólares.

En Colombia la atención al envejecimiento se basa en el enfoque de derechos, el tema de la vejez no es un tema únicamente del Sector Salud en dicho país ya que es un tema transversal y que interesa a todos. En Colombia se considera persona adulta mayor a partir de los 50 años con un incremento paulatino de las personas en edades avanzadas. Explicaron que la mortalidad de los últimos años se debe en parte a la violencia que se ha vivido en ese país. En los registros hospitalarios una parte importante de la mortalidad registrada es secundaria a padecimientos cardiovasculares. Una situación afortunada es que en Colombia 96% están afiliados a un sistema de seguridad social.

En Colombia por medio de la plataforma Elluminate de la Organización Mundial de la Salud, se realizan regularmente teleconferencias sobre temática relacionada con los problemas de las personas adultas mayores.

## **Panamá**

En estos momentos se propugna por la multisectorialidad en la atención de las personas adultas mayores así como la sociedad civil y todas aquellas instituciones que se encargan de la atención y cuidados de este grupo etario. Se busca realizar una correlación entre la demografía prevaeciente el envejecimiento poblacional y las necesidades en servicios de salud.

En la última década la ley 68 a impactado de manera sobresaliente en la atención de los adultos mayores. Esta incluye ahondar en los derechos de los pacientes, principios de autonomía y otros relevantes.

La disminución de la tasa de mortalidad general e infantil generará no solamente un envejecimiento poblacional importante sino también habrá un déficit en el número de niños y

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

personas jóvenes. La discapacidad es importante siendo de aproximadamente 30% en los mayores de 60 años y de 69% en los mayores de 70 años. La morbilidad en Panamá es rica en padecimientos crónico-degenerativos no transmisibles. Destacan los tumores malignos y los padecimientos cardiovasculares. Se generó una Guía Médica de Atención Integral del Adulto Mayor, donde participó la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud de Panamá y la Caja de Seguridad de Panamá.

## **Mesa Redonda: Experiencia Pública y Privada en la Elaboración de Política en Salud en el Seno del CONAEN**

**Dra. Cecilia Roberts Terrones, Dra. Lilia Berthely Jiménez, Dra. Elizabeth Caro López**

En su intervención la Dra. Roberts en representación de la Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez habló sobre la atención de segundo nivel para la persona adulta mayor. Destacó el hecho de que los hospitales de segundo nivel en la actualidad dada las modificaciones de la pirámide poblacional de México éstos se encuentran con una sobreocupación de personas adultas mayores.

El ingreso de la mujer al mercado de trabajo, los cambios económico-políticos han promovido la vida en soledad para los adultos mayores constituyendo un factor de vulnerabilidad para estas personas. Estas situaciones se reflejan en el estado, generalmente malo, en que llega la persona adulta mayor a la consulta o bien al área de urgencias. En ocasiones el adulto mayor llega por sus medios y solo o bien es abandonado por sus familiares.

Comentó que en casos de falta de recursos económicos por parte del adulto mayor se puede resolver la problemática, dependiendo del caso ya sea por el concepto de “gratuidad” o bien por el rubro de Seguro Popular.

Algunos datos importantes son que de las 220 camas censables tiene un 98% de ocupación, de las cuales el 23% de los egresos corresponden a adultos mayores, también comentó que el 40% de la consulta externa se otorga a adultos mayores.

La Dra. Lilia Berthely Jiménez, refirió que las deficiencias económicas en la atención al envejecimiento dificultan que se brinde una adecuada calidad de vida a los adultos mayores. El Programa Nacional de la Tercera Edad (PRONATE) surge como una institución de la sociedad civil que busca el beneficio humanitario de los adultos mayores más desprotegidos, sin interés económico o de ninguna especie. También comentó que con las leyes actuales es posible ayudar a sostener esta noble labor por medio de la contribución económica del gobierno tanto federal como estatal.

Por último, refirió que por medio del programa “aprendiendo a envejecer” se dan cursos de capacitación por el PRONATE para la gestión del autocuidado del individuo que atraviesa por la etapa de la vejez.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



Por su parte de la Dra. Elizabeth Caro López en representación del Dr. Luis Miguel Gutierrez Robledo, director general del Instituto de Geriatria (INGER), habló sobre los beneficios de la innovación global en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

La generación del nuevo conocimiento es la base para la generación de programas y posteriormente políticas públicas en un contexto de ley. Remarcó que la evidencia científica interviene tanto en los procesos de generación como evaluación de las mismas.

La Dra. Caro, subrayó el hecho de que se han generado documentos de investigación, por parte del INGER, que sirven como evidencia científica para sustentar la creación de políticas públicas.



## **Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento**

**Dra. María Esther Lozano Dávila**

Dra. María Esther Lozano Dávila, habló sobre el desarrollo, operatividad y necesidad de contar con información de primera mano sobre la forma de vida, salud y bienestar en las personas adultas mayores mexicanas, con este motivo se realiza en México el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). SABE es un estudio multicentrico, aleatorio, por conglomerados que permite la inferencia estadística y abarca tópicos específicos sobre la persona adulta mayor que vive en México dividido por secciones como datos generales, estado cognoscitivo, estado general de salud, redes sociales de apoyo, funcionalidad, nutrición, somatometría, etc.

SABE se ha llevado en varias entidades federativas de México y de acuerdo a la participación de los asistentes a la ponencia, existe la inquietud de realizar SABE en otros países.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



## Bases de Datos

**Lic. en T.S. Rogelio Archundia González**

En su intervención el Lic. en T.S. Rogelio Archundia González, explicó cómo se lleva a cabo el flujo de la información proveniente del Proyecto-Encuesta SABE, desde la obtención directa de las entrevistas a las personas adultas mayores, hasta que ésta se concentra en un servidor central donde se integran las bases de datos de cada una de las entidades federativas estudiadas. Lo datos se categorizan y de acuerdo a un protocolo establecido se realiza el “escrutinio” de las bases detectando y modificando inconsistencias, duplicación de información así como el proceso para obtener significancia estadística de los datos obtenidos y depurados con antelación así mismo se describió la generación de cuadros y gráficas con la información estadística de mayor relevancia.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

**Miércoles 18 de junio de 2014**

**La Mercadotecnia para Generar Política en Salud Tomando como Base la Evidencia Científica**

**Lic. en Enf. Erika Tania Chaparro González**

Para hablar de la importancia que tiene la evidencia científica primero es necesario hablar de lo que significa la promoción de la salud la cual "Consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades"

La medicina se ha basado principalmente en la parte de la curación de la enfermedad y el termino de promoción de la salud se ha confundido con la prevención de la enfermedad, de ahí que todas las medidas adoptadas son de prevención.

Para poder ejercer la promoción se requiere de ciertas líneas de acción las cuales son:

1. Elaboración de política pública sana, 2. Creación de ambientes favorables, 3. Reforzamiento de la acción comunitaria, 4. Desarrollo de las aptitudes personales y 5. Reorientación de los servicios sanitarios

Dentro de estas líneas se encuentran inmersos conceptos importantes como son la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios. La única forma de que la comunidad participe es conociendo sus necesidades, problemas y por supuesto que ellos conozcan sus derechos y que los ejerzan. El desarrollo de aptitudes personales estará enfocado hacia dos áreas la primera como individuos capaces de cambiar la mentalidad de otros a través de vender nuestros ideales y la segunda es que las personas de la comunidad logren cambiar sus hábitos y costumbres de manera consciente e informada, además de volverse proactivos participando en la elaboración de la política de salud de su país, región o entidad. Finalmente los servicios de salud deben ser reorientados hacia la promoción de la salud.

Las políticas en salud al requiere de herramientas fundamentales como la educación para la salud, la participación social, las cuales comparte con el tema de la promoción, pero además requiere de la construcción de alianzas que faciliten la aplicación de las políticas, la mercadotecnia para convencer de comprar nuestra acciones, y de la abogacía que consiste en el conocimiento de normas y leyes y de saber como ejercerlas y ejecutarlas. Definitivamente la promoción de la salud

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

requiere de la abogacía para posicionarse en un medio que favorece y privilegia el desarrollo de la medicina asistencial.

Todo lo anterior requiere de saber vender todo lo que requerimos para nuestro trabajo, como es el conocer las necesidades de nuestros clientes a través de la realización de estudios como SABE, pero además estos estudios deben servir como evidencia científica que sustente las decisiones a las políticas implementadas.

Cabe resaltar que para ello debemos tener ciertas características que nos faciliten el trabajo y son tener compromiso con lo que realizamos, aprender a comunicarnos aprendiendo a identificar lo que los demás consideran valioso para saber como abordarlos. Utilizar la persuasión dando soluciones, no problemas y estableciendo acuerdos con los demás. Conocimiento, no solo conocer las estadísticas, también buscar el conocimiento a través de la investigación. Convicción acerca de lo que estamos realizando. Persistencia considerando que tenemos que hacer más que los demás para conseguir lo que se desea aplicar, sin dejar de lado una actitud positiva y respetando lo que el tiempo significa no solo para nosotros sino también para los demás. Finalmente trabajar con las bases de poder, que son aquellas personas que nos puedan apoyar desde la familia, los amigos, los conocidos, los líderes de comunidades logrando una red importante de apoyo.





## **Taller: Similitudes y Discrepancias en los Programas Existentes en la Región**

**Dra. Araceli Arévalo Balleza**

En esta parte de la Reunión Mesoamericana, la Dra. Araceli Arévalo Balleza, salubrista del Programa de Atención al Envejecimiento, explicó la dinámica para llevar a cabo una exposición sobre las similitudes y discrepancias que existen entre el Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento 2013-2018 de México y los homólogos de los países de Mesoamérica asistentes a la reunión.

Con la formación de dos equipos, se integraron mesas de trabajo estableciendo las similitudes y diferencias entre los diversos programas de atención al envejecimiento de los diversos países.

### **Jueves 19 de junio de 2014**

#### **Visita a las Instalaciones del TUVCH**

**Ing. Mariana Hernández Frago**

Se acudió a las instalaciones de la Universidad y la recepción de los integrantes fue por un grupo de jóvenes ataviadas elegantemente, con un rostro muy alegre que fungieron como edecanes.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

Ante una hermosa mampara que fue diseñada por los alumnos de la carrera de tecnologías de la Información y la Comunicación, los integrantes de la Reunión Americana se mostraron muy complacidos con la bienvenida y admiraron el cartel. Se tomó la fotografía ante dicha mampara y después se procedió a conducir al grupo con el rector de dicha universidad el Lic. Augusto Navarrete Cruces y la directora académica Ingeniera Mariana Hernández Frago; dieron la bienvenida al grupo para continuar al auditorio donde se dio la bienvenida oficial y se leyó el programa que habían preparado las autoridades, personal docente y alumnos.



Los visitantes se dividieron en dos grupos para iniciar el recorrido a las instalaciones y a los laboratorios pesados y ligeros.



Laboratorio de informática y laboratorios de cuidados de personas dependientes.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"





Cada uno de los talleres y laboratorios con los que cuenta la universidad, fueron explicados por los alumnos y los profesores.

Los alumnos de la carrera de Tecnologías de la información y comunicación que participaron en la creación de la Plataforma Gerontológica, hicieron la presentación de los avances de la misma.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



Los alumnos de la carrera Técnica Superior Universitaria en Cuidados para Personas Dependientes, presentaron avances de la creación del Capítulo en Cuidadores Primarios.



Se inauguró una exposición de pinturas a cargo del pintor Juan González Hernández. Posteriormente, se ofreció un banquete con un menú de platillos típicos mexicanos y ofrecieron una mesa de dulces mexicanos como postre.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



El pintor de la exposición mencionada, ofreció un taller que amablemente compartió y su objetivo fue despertar la sensibilidad y la creatividad de cada uno de los participantes. Se cumplió el objetivo ya que todos los participantes realizaron una pintura magnífica de una hermosa manzana lo que elevó su autoestima





Se tomó la fotografía oficial de la visita.



## Conclusiones

Los asistentes a la reunión se dividieron en dos grupos de trabajo virtiendo las siguientes conclusiones.

Equipo 1.- En algunos países se conoce la importancia del tema de las personas adultas mayores, sin embargo, los motivos que impiden para que se vea como una prioridad con alcance y como un objetivo son múltiples.

Se aspira a tener la oportunidad de incidir positivamente desde la gestión gubernamental, de acuerdo a la voluntad política y recursos con las acciones en materia de atención al envejecimiento.

Por otro lado, hay una constante alusión a la falta de recursos para la atención al envejecimiento.

En lo tocante a la ONG, existe el conocimiento del problema del envejecimiento. Éstas aportan recursos en función de que recibirán beneficios monetarios así como publicidad gratis.

Por otro lado, las iglesias se involucran en la administración de hogares, así como atención de personas adultas mayores.

La sociedad civil se involucra en la medida en que los niveles técnicos tengan la capacidad de influenciar en ésta respecto al tema de los adultos mayores.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"



La meta fundamental al respecto es incluir planes de desarrollo nacionales así como regionales y planes intersectoriales en cada país.

Equipo 2.- El equipo 2 habló sobre la inclusión del tema del adulto mayor como prioridad en la agenda de gobierno, basado en la evidencia científica, a través de un proyecto de desarrollo integral para ser ejecutado en un período de gobierno.

Se hizo énfasis en la inclusión del tema de envejecimiento en las agendas del gobierno federal de cada país.

Las ONG y las iglesias manejan generalmente las unidades geriátricas de larga estancia con beneficios potenciales para las personas adultas mayores esperándose aumente el número de proyectos donde éstos están inmersos. Dentro de los actores con los que se cuentan para la obtención de recursos se encuentran: las ONG's, asociaciones civiles, academias, coaliciones, programas de adultos, donantes nacionales e internacionales.

Remarcaron que debe haber difusión de información donde se concientice a la sociedad civil de la protección hacia la persona adulta mayor, donde se utilicen una multiplicidad de formatos para tal fin como perifoneo, medios impresos y otros medios de difusión.

Se debe presentar una serie de proyectos de cooperación a organismos nacionales e internacionales como ONU, OEA, EU, CEPAL, etc. , a la par de campañas de concientización.

Las acciones anteriores deben ser basadas en un diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en los países de la región por medio de SABE para estandarizar los resultados. Se propone SABE como una herramienta esencial para ello.

Equipo 3.- Sus integrantes refirieron la deficiencia de conocimientos y competencias clínicas en el equipo de salud que brinde herramientas conceptuales y metodológicas para la atención diferenciada de la persona adulta mayor. Tomaron como modelo explicativo el caso de Belice.

Al respecto, un objetivo es elaborar un programa de capacitación para el operativo. Dentro de la meta se considera brindar al 50% de los médicos operativos a 5 años. Los actores primarios son el ministerio de salud, la caja del seguro social y el consejo de envejecimiento. Estos tres actores se considera que brindarian un apoyo adecuado en el tema con un nivel de oposición muy bajo. Entre los actores secundarios se cuenta con ONG, la OPS, la Universidad Nacional de Belice.

La visión del plan es tener capacitados al 50% de los médicos operativos en los próximos 5 años.

Equipo 4.- El equipo 4 con expositor de Colombia, incluyó en su discurso a las encuestas poblacionales para la salud como herramientas esenciales en la atención al envejecimiento, lo que ha generado una escuela en la realización de las mismas identificándose para su corrección errores así como fortaleciendo los aciertos durante su realización.

Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"

Dichas encuestas son importantes para determinar las necesidades de atención a las personas adultas mayores, determinando la descripción demográfica y epidemiológica de los mismos así como los determinantes de la salud.

Las necesidades determinadas sirven para establecer los programas del sistema nacional de salud así como la agenda programática al respecto.

El Proyecto-Encuesta SABE ha sido un modelo de investigación para determinar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los adultos mayores en Colombia.



Reunión Mesoamericana: Taller "La evidencia científica como base para la creación de políticas públicas en atención al adulto mayor"